UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 40

DES

SYPHILIS TERTIAIRES

CUTANÉO-MUQUEUSES MÉCONNUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 8 décembre 1934

PAR

Louis-Raymond CASTÉRA

Élève de l'École du Service de Santé Militaire
Ancien Externe des Hôpitaux
Médecin Colonial de la Faculté de Bordeaux

Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées), le 8 Octobre 1908

Examinateurs de la Thèse

MM. PETGES, professeur..... *Président.*
CARLES, professeur..... *Juges.*
JOULIA, agrégé..... *Juges.*
FONTAN, agrégé..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 40

DES

SYPHILIS TERTIAIRES

CUTANÉO-MUQUEUSES MÉCONNUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 8 décembre 1934

PAR

Louis-Raymond CASTÉRA

Élève de l'École du Service de Santé Militaire
Ancien Externe des Hôpitaux
Médecin Colonial de la Faculté de Bordeaux

Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées), le 8 Octobre 1908

Examinateurs de la Thèse	MM. PETGES, professeur.....	*Président.*
	CARLES, professeur.....	*Juges.*
	JOULIA, agrégé.....	
	FONTAN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. GUYOT.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, SELLIER, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Physique médicale	WANGERMEZ
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Pharmacie chimique	VITTE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	PERY.		

Ophtalmologie . . . . . MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MON ONCLE

L'Abbé Ch. CASTERA

Il me donne l'exemple le plus élevé d'une vie tout entière consacrée au devoir et au dévouement.

A MA FEMME — A MON FILS

A MA MERE — A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRERE

A MON COUSIN

le Docteur J. VEDRENNE

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A LA MEMOIRE

DE MONSIEUR LE PROFESSEUR MURATET

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. SOULE

Chef des travaux de physiologie à la Faculté de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui, médecin de la famille, nous aida de ses conseils et nous témoigna toujours un bienveillant intérêt; qu'il veuille bien accepter ici l'hommage de gratitude que notre cœur lui doit et lui offre.

A Monsieur le Docteur LE COULANT

Ancien chef de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Que nous remercions de l'aide qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

A Monsieur le Docteur André PETGES

Chef de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

A Monsieur le Docteur R. MOUGNEAU

Chef du Laboratoire de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, Chef des travaux du Laboratoire du Centre régional de sérologie.

A Monsieur le Lieutenant-Colonel DE LAGOANERE

Chef du Service de dermatologie et de syphiligraphie
de l'Hôpital Robert-Picqué,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre

A Monsieur le Lieutenant-Colonel COURBOULES

Professeur agrégé du Val-de-Grâce,
Chirurgien des Hôpitaux militaires,
Médecin-Chef de l'Hôpital Robert-Picqué,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Docteur JOULIA

Professeur agrégé de dermatologie et de syphiligraphie.

Qui, durant notre stage d'externe dans son service, nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. PETGES

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien trouver ici nos remerciements et l'assurance de nos sentiments très respectueux.

DES

SYPHILIS TERTIAIRES

CUTANÉO-MUQUEUSES MÉCONNUES

INTRODUCTION

Il n'est pas de médecin qui ne connaisse la syphilis; seulement beaucoup la connaissent mal. Tantôt les malades sont traités pour une syphilis dont ils ne sont pas atteints, tantôt, syphilitiques vraiment, ils sont méconnus et ne sont pas traités. Ce sont là des faits observés fréquemment dans les services des maladies syphilitiques et cutanées.

Et, pour l'avoir vu souvent, nous avons eu l'idée d'en faire notre sujet de thèse. Ces erreurs de diagnostic en matière de syphilis ont des conséquences graves. Ce sont des opérations chirurgicales proposées, parfois accomplies, entraînant la perte d'un membre par exemple, des traitements inadéquats longs et coûteux, des cicatrices gênantes pour le malade, inesthétiques, certaines même hideuses, faisant écarter de tout emploi ceux qui en sont porteurs.

Cette étude sera limitée aux accidents méconnus de la période tertiaire dans leurs manifestations cutanées ou muqueuses.

Notre plan sera le suivant :

Historique de la question.

Chapitre I : Diagnostic positif des lésions cutanéo-muqueuses de la syphilis tertiaire basé sur les signes cliniques, l'anatomie pathologique, la sérologie, le traitement d'épreuve.

Chapitre II : Diagnostic différentiel de chaque manifestation cutanéo-muqueuse avec : la tuberculose (forme lupique), la lèpre, le cancer (épithéliomas et sarcomes), les sarcoïdes, le myocosis fongoïde, les mycoses, les ulcères variqueux, des affections coloniales, des lésions diverses.

Chapitre III : Pronostic.

Chapitre IV : Traitement.

HISTORIQUE

La méconnaissance des accidents syphilitiques n'est pas spéciale à notre époque; au XVIII[e] siècle déjà, des erreurs de diagnostic en matière de syphilis étaient fréquentes, ainsi qu'il ressort de la boutade de Jean-Louis Petit : « J'ai vu souvent dans les hôpitaux un grand nombre de blessés qui seraient guéris si, au lieu de les noyer d'apozèmes ou de les brûler avec des cordiaux, on s'était avisé de leur faire des frictions mercurielles dont ils avaient besoin. »

En 1854, Yvaren, dans son traité *Sur les métamorphoses de la syphilis et des maladies qu'elle peut simuler à l'état latent*, appelle l'attention sur certaines formes de syphilis simulant des tumeurs malignes. Il montre que la syphilis peut causer des erreurs de diagnostic et que le traitement spécifique seul dans bien des cas indique la nature du mal.

A partir de 1888, plus nombreux sont les travaux qui signalent des cas de syphilis méconnue ou qui permettent d'éviter les erreurs de diagnostic par l'étude approfondie de toutes les formes cliniques de cette maladie.

Tournier, dans sa thèse *Essai sur les labialites tertiaires*, 1888, différencie la gomme des lèvres du kyste sébacé, du kyste sous-muqueux, des adéno-fibromes, du sarcome, du furoncle, du sycosis, du chancre syphilitique, des ulcérations dentaires. Il insiste sur le diagnostic délicat avec le lupus; cite une observation de lésion syphilitique tuberculo-croûteuse de la lèvre supérieure prise pour un lupus. Le cancer et la lèpre sont aussi différenciés; il fournit une observation de syphilis tuberculeuse de la lèvre prise pour de l'éléphantiasis des Grecs.

En 1889, Le Dentu, au Congrès de Chirurgie, parle d'un médecin à qui trois professeurs de la Faculté avaient conseillé l'amputation de la jambe pour un sarcome et qui guérit par le traitement spécifique.

M. Feulard, en 1891, rapporte un cas de syphilis ignorée et méconnue : tumeur gommeuse de la cuisse datant de deux ans.

En 1895, Von Esmarch (de Kiel), rapporte un certain nombre de cas de soi-disant sarcomes et qui ne sont que des syphilomes. Il indique quelques caractères de diagnostic différentiel entre les tumeurs d'essence spécifique et les néoplasmes véritables.

Deux thèses sont soutenues en 1897, celle de Cormier et celle de Mlle Lewin.

Dans la première : *Des syphilides ulcéreuses simulant l'ulcère variqueux*, nous trouvons une substantielle étude des ulcères de toute nature : syphilo-variqueux, phlébitiques, variqueux. Nous voyons que, déjà à son époque, les ulcéreux, malades dont personne ne voulait dans les services des hôpitaux, fournissaient des cas de syphilis méconnue. Il cite une phrase du Professeur Fournier : « C'est presque une loi de dédaigner les ulcères des membres inférieurs; le malade devient une patraque que l'on expulse. L'ulcère variqueux est un ulcère honni, dédaigné. Il faut interroger le malade qui en est atteint comme on le ferait pour un autre, venu à l'Hôpital pour une affection différente. Il se peut que le prétendu ulcère variqueux ne soit que des lésions gommeuses de la jambe. »

La seconde thèse, celle de Mlle Chava Lewin, étudie l'intérêt que présentent les syphilis ignorées; elle cite une observation « de syphilis ignorée et méconnue qui a provoqué quatre avortements, la naissance d'un hérédo et, de plus, le malade a failli être amputé ». (Observation déjà rapportée par M. Feulard.)

En 1899, Husson, dans sa thèse, analyse les éléments symptomatiques établissant le diagnostic différentiel entre le lupus, la syphilis, le cancer de la face.

En 1905, Lubet-Barbon insiste sur le fait que la syphilis au niveau de la muqueuse pituitaire revêt exceptionnellement le type de gomme classique, mais plutôt prend habituellement le masque de lupus. La thèse de Longin, *Les hybrides de la syphilis et de lupus*, en 1905, conclut, après les travaux de Leloir (1891), qu'il existe une forme morbide dont il faut tenir compte en pratique, car le traitement mercuriel n'influence que le facteur syphilis de ce complexe.

En 1906, le Professeur A. Fournier, dans le *Traité de la syphilis*, analyse les difficultés de tout ordre qui attendent le médecin lors du diagnostic des « dermatoses tertiaires », « difficultés prévus et difficultés de surprise » qui sont les causes des syphilis méconnues.

En 1907, Dauga, dans sa thèse *Des syphilides lupiformes du nez*, reprend la question de la forme mixte syphilo-lupique et conclut qu'il s'agit de « syphilides pures ».

La même année, MM. les Professeurs Nicolas et Favre font paraître une étude *Contribution à l'histologie des syphilides tertiaires cutanées*, et dans un autre travail ils montrent que le diagnostic histologique entre les lésions tuberculeuses et les lésions syphilitiques est souvent des plus difficile. De la thèse d'Allibe (1907), inspirée par M. le Professeur Nicolas, se dégage une conclusion : la cellule géante n'est plus spécifique de la tuberculose.

En 1910, la thèse de Chénelot (Lyon) *Sur les gommes syphilitiques simulant des sarcomes* nous offre plusieurs exemples de syphilis méconnues et opérées.

En 1911, Bernay étudie les ressemblances et les différences qui existent entre les syphilides et le lupus tuberculeux. Dans sa thèse *Les syphilis lupoïdes*, il fournit un exemple de syphilis pseudo-lupoïde de la face méconnue, plusieurs médecins ayant considéré les lésions comme de nature lépreuse.

En 1916, le Docteur Chaput attire l'attention sur la fréquence des syphilis méconnues; il cite un cas d'ulcération ano-rectale de nature syphilitique diagnostiquée cancer.

M. Petges, MM. Joulia et Ragot, en 1921, publient un cas de syphilis tertiaire ancienne à forme lente scléro-gommeuse méconnue. La même année, Arlet, dans sa thèse, étudie minutieusement les détails du diagnostic différentiel entre la tuberculose (forme lupique) et la syphilis héréditaire qui se rapproche par ses lésions nasales de celles que l'on peut observer au cours de la syphilis tertiaire. La thèse de Foreau (Paris, 1921) nous montre les recherches qu'on doit faire dans le but de déceler une syphilis douteuse ou méconnue.

En 1922, nouvelle observation de MM. Petges et Bergonié; il s'agit d'un cas de syphilis osseuse méconnue, le diagnostic fut fait par la radiologie; la malade ayant en même temps une syphilis pulmonaire à forme pseudo-tuberculeuse. Le traitement spécifique arséno-benzolé la guérit.

Briquet (P.-Ad.), dans une thèse où abondent les observations, traite la question des syphilis méconnues dans toute son ampleur.

Gastou et Fuchs, en 1924, dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, publient un cas de syphilis méconnue de la face d'apparence lupoïde. M. Bouzom montre, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, les cas chirurgicaux multiples qui relèvent de la syphilis. Il donne en exemple de syphilis méconnue le cas particulièrement émouvant d'une famille : père, mère, enfant, porteurs de lésions syphilitiques ignorées et méconnues.

Barthélemy, en 1927, expose les erreurs de diagnostic auxquelles la syphilis peut donner lieu dans la pratique courante. M. le Professeur Favre, dans le *Lyon Médical*, reprend la question des sarcomes vrais et des faux sarcomes, des syphilomes et des sarcomes.

En 1928, quatre observations nouvelles de syphilis tertiaires méconnues sont publiées par MM. les Docteurs Joulia, David-Chaussé et Le Coulant.

Aubin et Maduro, en 1930, décrivent les formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis tertiaire du nez et du pharynx.

MM. Gaté-Charpy et Cuilleret, à la Réunion de dermatolo-

gie de Lyon (15 janvier 1931), exposent le cas intéressant d'une malade « par allure torpide des manifestations cutanées dont on a si facilement méconnu la nature spécifique et qui ont pu passer pendant près de deux ans pour des lésions banales rentrant dans le cadre de l'eczéma ».

En 1932, MM. Gaté et Charpy montrent le masque banal impétigoïde sous lequel a évolué une syphilis discrète de l'aile du nez, qui fut méconnue par un « praticien distingué ». Saint-Cyr, dans sa thèse, reprend la question du scrofulate de vérole, étudie la physionomie générale clinique de l'hybride syphilis-tuberculose et insiste sur son diagnostic différentiel.

La même année, MM. G. Petges, A. Petges et Baumont rapportent une observation de syphilis tertiaire méconnue considérée par ses manifestations comme un abcès dentaire.

Louste et Golé, en 1933, décrivent le cas d'une gomme syphilitique de la jambe méconnue, incisée chirurgicalement: un vaste ulcère gommeux fut la conséquence de cette intervention.

Aubin reprend la description des formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis nasale. Gougerot insiste sur les erreurs de diagnostic que peut entraîner l'examen histologique seul dans le cas de syphilis.

Le XLIII[e] Congrès de chirurgie, qui s'est tenu à Paris du 8 au 13 octobre 1934, vient de faire le point sur la part de la syphilis qu'il ne faut pas méconnaître dans la question si complexe du rétrécissement ano-rectal.

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC POSITIF DE LA SYPHILIS TERTIAIRE CUTANEO-MUQUEUSE

Les signes de la syphilis tertiaire cutanéo-muqueuse sont assez connus et assez caractéristiques pour que le diagnostic positif soit, sinon facile, du moins possible dans la plupart des cas.

Chaque fois que les circonstances le permettront, le clinicien demandera une confirmation du diagnostic à la sérologie, tout en se rappelant que, dans la syphilis tertiaire en activité, la réaction de Bordet-Wassermann est négative dans une proportion élevée de cas, 40 à 50 p. 100 selon les auteurs.

Dans le doute, et en présence de cas difficiles, l'examen anatomo-pathologique, après biopsie, permettra quelquefois d'affirmer ou d'infirmer l'existence de la syphilis tertiaire, et plus souvent de faire connaître la nature de la lésion confondue avec le tertiarisme, cancer, tuberculose, etc.

Nous allons successivement étudier ces divers points :

1° l'examen clinique;
2° l'examen anatomo-pathologique;
3° la sérologie;
4° le traitement d'épreuve.

I. — *L'examen clinique.*

Il comprend l'étude des signes cliniques auxquels il faut adjoindre les renseignements précieux fournis par la connaissance du malade.

a) Signes cliniques. — Le tertiarisme, dans ses atteintes cutanées et muqueuses, est caractérisé par des lésions graves qui ont toutes le caractère commun d'être monomorphes, c'est-à-dire d'être constituées dans tout leur ensemble par des éléments éruptifs de même ordre et de marquer sur l'organisme une atteinte profonde. Elles sont de type ulcéreux et sclérosant non résolutives, laissent des cicatrices, rampent sur une surface où elles flambent d'un côté et s'éteignent de l'autre, sont discrètes et régionales en général.

Ce qui frappe et ce qui caractérise la syphilis dans une lésion en cause, c'est la disposition circinée, en fer à cheval, ou polycyclique. Fournier qualifie cet aspect spécial « d'objectivité révélatrice ».

Cette configuration circinée ou polycyclique est celle que dessine l'érythème tertiaire, qu'adoptent dans leur marche envahissante les syphilides tuberculeuses et ulcéreuses de diverses variétés. Il faut cependant faire des réserves et savoir que cette disposition circinée se rencontre dans certains lupus, dans certains eczémas et psoriasis (variété gyrata), dans plusieurs érythèmes, dans le pemphigus végétant, quelquefois dans le mycosis fongoïde, dans le lichen plan, dans le lichen scrofulosorum, le parapsoriasis en plaques. Les eczématides et surtout la trichophytie cutanée font plutôt des cercles complets.

Passons en revue brièvement les accidents tertiaires qui se présentent à l'examen objectif du malade.

La gomme, manifestation d'ordre tertiaire par excellence, est la première que nous décrirons.

On explique cette dénomination en se basant sur « une analogie d'aspect entre le suc corrompu exsudant de ces lésions et les exsudations visqueuses, dites gommes, qui suintent de l'écorce de quelques arbres » (Fournier).

Ce sont des productions pathologiques noueuses siégeant dans l'hypoderme, de nature infectieuse, d'allure subaiguë, qui passent successivement par un stade de formation ou de crudité, un stade de ramollissement, une période d'ulcé-

ration et d'évacuation, une période de réparation. Cette évolution est classique lorsqu'aucun traitement n'enraye la marche de la maladie.

Période de crudité. — La gomme, induration d'abord limitée à l'hypoderme, est gangliforme. Le toucher permet de se rendre compte qu'elle est à la fois distincte de la peau et de l'aponévrose sous-jacente et des tissus ambiants. Globuleuse de volume, de consistance ferme sous le doigt, elle est aphlegmasique, indolente. « Aussi bien, nous dit Fournier, naît-elle et se développe-t-elle souvent à l'insu des malades qui, un beau jour, s'en aperçoivent par hasard et non sans quelque étonnement. Il n'est même pas très rare que le médecin découvre une gomme dont le malade n'avait pas notion. »

Période de ramollissement. — Au bout de quelques semaines, la gomme perd de sa consistance, devient pâteuse, puis véritablement mollasse. A ce stade, la tumeur rougit, devient phlegmasique, en même temps pseudo-fluctuante ou fluctuante à la façon d'un abcès; la gomme est dite ramollie.

Période d'ulcération. — Adhérente aux plans profonds, la tumeur adhère aussi à la peau. Elle l'amincit et la mine par sa face profonde. Par transparence, se devine l'aspect jaunâtre du foyer sous-jacent. Spontanément, l'épiderme cède, une ouverture très généralement unique se crée au point culminant de la gomme. A ce moment, la lésion figure en quelque sorte un monticule au sommet duquel est constitué un véritable cratère. « Par l'ulcération s'écoule un liquide filant, jaunâtre. L'orifice s'agrandit, reste rond, ses bords sont minces, rouges, surplombants ou à pic; la cavité est profonde en ampoule; le fond est inégal, tourmenté, tapissé d'une matière blanc jaunâtre, sorte de bourbillon; la base est de consistance pâteuse et sensible à la pression. » (Darier.)

A ce stade, l'ulcère gommeux groupe bien des caractères pathognomoniques, c'est le modèle type de l'ulcération syphilitique tertiaire.

Il a une configuration générale circulaire. C'est une ulcération excavée profondément, ses bords sont nettement découpés, taillés en falaise, verticaux, adhérents à la gangue de tissus durs, infiltrés, qu'ils entaillent. Une aréole couleur brun vineux encadre l'ulcère sur l'étendue de 1 centimètre environ. Le fond est irrégulier, étagé (Bazin), anfractueux. Il est constitué par un bourbillon charnu, ou bien on y trouve des vestiges apparents de ce bourbillon, ou bien un enduit de putrilage crémeux jaune verdâtre, dernier vestige du tissu gommeux (Fournier A. et Cormier).

Période de réparation de la gomme. — Elle fait suite au stade d'ulcération. La gomme a évacué son bourbillon; il reste une caverne à combler. La plaie va se déterger, l'auréole vineuse qui l'entoure diminue, le fond s'élève, des bourgeons charnus deviennent nombreux et exubérants. Le travail de cicatrisation se fait en commençant par la périphérie. Il reste une cicatrice déprimée, indélébile, qui reste très pigmentée pendant longtemps.

Cependant, les gommes ne sont pas sans affecter plusieurs variétés de configuration. La tumeur du tissu cellulaire, au lieu d'être ovoïde, globuleuse, peut-être étalée sur une large surface avec une épaisseur proportionnellement minime, « c'est la gomme en nappe ». Elle siège fréquemment aux membres inférieurs. Cette nappe s'ouvre généralement sur plusieurs points. Ceux-ci, « véritables cratères », s'élargissent, dégénèrent en ulcères gommeux qui, souvent, ne tardent pas à se réunir, et réalisent ainsi le tableau de « l'infiltration gommeuse ulcérée ».

Les gommes diffuses, variété des gommes en nappe, ont des contours mal arrêtés, impossibles à délimiter au palper.

D'autres gommes, pouvant apparaître dans un tissu de sclérose ou de cicatrices syphilitiques tertiaires, ont une évolution particulière. D'une dureté longtemps persistante, elles s'ulcèrent et expulsent un bourbillon fibreux, dur, ce sont des gommes scléreuses.

Autre lésion assez rare : les érythèmes tertiaires. M. le

Professeur Darier les décrit ainsi : « Ce sont des taches d'un rose pâle ou d'un rose bistre, non squameuses ou à peine poudreuses, non prurigineuses, n'infiltrant pas le derme. Leur configuration est polycyclique ou circinée », présentant parfois des anneaux concentriques; « ils siègent sur le tronc et les membres, et sont remarquablement fixes pendant des mois ». Contrairement aux lésions tertiaires qui sont destructives et mordantes, cette éruption ne fait que lécher les téguments et guérit sans cicatrices. Cependant, elles sont durables et nécessitent un traitement énergique.

Les syphilides tuberculeuses sont ainsi dénommées parce qu'elles empruntent leur caractère à une lésion fondamentale : le tubercule, néoplasie dermique d'origine infectieuse chronique, ici syphilitique. Ce tubercule est une « élevure sèche, rouge, d'un rouge brunâtre ou grisâtre, du volume moyen d'une lentille, faisant saillie de 1 à 5 millimètres, de contour arrondi, très dure au palper, indolente. La vitropression montre que le tubercule est opaque et souvent pigmenté » (Darier).

Des « placards » rouge cuivre ou couleur jambon, ou de véritables nappes formées de tubercules, voilà l'aspect des syphilides tuberculeuses. Elles dessinent sur les téguments des circinations ou des contours polycycliques; leur diamètre est variable de 2 à 12 centimètres. La lésion initiale est un tubercule syphilitique ou « un petit groupe cohérent de tubercules » qui s'étalent, se multiplient, et ont une marche centrifuge ou serpigineuse. Les éléments centraux s'affaissent, pâlissent, se cicatrisent, pendant qu'il en apparaît de nouveaux à la périphérie. Ceux-ci restent isolés ou s'unissent entre eux. La peau située au centre du placard sera cicatricielle, adhérente, de teinte terreuse ou bigarrée de tons violacés et brunâtres. Parfois, d'emblée, l'éruption de tubercules syphilitiques déploie son alignement orbiculaire, sans avoir lésé, dans une marche centrifuge, l'aire de peau centrale.

On décrit les syphilides de forme tuberculo-squameuse, les

syphilides tuberculo-psoriasiformes à squames nacrées abondantes, à infiltration minime, qui se rencontrent au niveau de la face palmaire des mains et plantaire des pieds. Dans la forme tuberculo-croûteuse, les tubercules érodés sont recouverts d'une croûte brunâtre, adhérente. Enfin, par des transitions insensibles, le même processus lésionnel, dans sa modalité ulcéreuse, nous offre à étudier les syphilides tuberculo-ulcéreuses ou tuberculo-gommeuses. Ces ulcérations résultent de la fonte de tubercules dermiques volumineux.

La topographie de ces syphilides ulcéreuses réalise des groupements en bouquet, en croissant, en criblure de grains de plomb. Leur évolution est excentrique. Elles se disposent en placards serpigineux ou en nappes. La surface centrale est cicatricielle. Sur la bordure polycyclique se rangent parfois, d'un côté seulement, des ulcérations creuses, rondes ou polycycliques, elles-mêmes taillées à l'emporte-pièce, sécrétant un pus sanieux ou recouvertes de croûtes épaisses, adhérentes, en « patelle » (Fournier). On peut dire que « le polycyclisme à deux degrés » du placard et des ulcérations qui le composent a une véritable valeur diagnostique.

Un mot seulement des syphilides végétantes, qui sont des syphilides tuberculo-gommeuses modifiées par la présence de végétations papillomateuses ou fongueuses qui s'élèvent du fond des ulcérations.

Mais souvent les syphilides ulcéreuses sont atypiques; il arrive qu'on ne trouve qu'une seule ulcération, sans tubercules à son pourtour, mais elle possède un contour polycyclique, des bords réguliers « souvent relevés en un léger bourrelet dur » et dont la base présente une induration parcheminée. Son centre est quelquefois cicatriciel.

Les cicatrices ont aussi un intérêt diagnostique. Celles que laissent à leur place les syphilides tuberculeuses ont une surface irrégulière, gaufrée, de couleur brunâtre, bigarrée d'étoiles blanches. Les syphilides ulcéreuses ou gommeuses sont suivies de cicatrices blanches, lisses avec une zone de

pigmentation périphérique. Ce qui trahit leur nature est encore leur « forme et leur groupement ». Le polycyclisme à deux degrés qui caractérisait les lésions en évolution se révèle indélébile, fixé dans les cicatrices.

Citons enfin l'éléphantiasis syphilitique de pathogénie complexe. Pour Darier : un premier état d'œdème inflammatoire, auquel succède un état d'œdème scléreux, aboutit à créer la lésion qui se manifeste par un état pachydermique, combiné avec un degré variable d'hypertrophie des tissus sous-jacents. L'éléphantiasis syphilitique, développé à la suite d'infiltrats gommeux récidivants, s'observe sur les membres, sur les organes génitaux, au niveau du rectum : c'est le syphilome ano-rectal; et au pourtour de la bouche et du nez : c'est le léontiasis syphilitique.

Tous les signes cliniques que nous connaissons se recherchent au cours d'un examen attentif du malade. Il ne faut pas se contenter d'examiner seulement la partie du corps qu'il offre à l'examen, il faut le faire se dévêtir entièrement. Alors, que de surprises ! Que de lésions qui siègent sur les parties apparentes des membres et dont on saisit tout de suite la nature à la vue de cicatrices ou d'autres lésions en activité, mais indolentes, siégeant sur le tronc.

Suspectant la syphilis, nous allons en rechercher toutes les manifestations, en même temps que nous allons diriger l'interrogatoire du malade dans ce sens. La surface cutanée nous fournit les lésions tertiaires que nous venons de décrire. Ensuite nous rechercherons l'adénopathie, elle sera ordinairement normale. Ensuite, l'état des muqueuses doit nous inquiéter. Examinons la muqueuse pituitaire si le malade est affecté d'un coryza persistant, d'un ozène et recherchons la perforation indolente de la cloison.

Les labialites peuvent se présenter sous forme de syphilides variées, de lésions gommeuses, de syphilome hypertrophique diffus déformant surtout la lèvre inférieure, de gomme scléreuse.

Dans la bouche, nous pourrons trouver un état leucopla-

sique à l'angle des commissures labiales, des syphilides en nappe ulcéreuses ou des gommes du palais. Les amygdales peuvent être le siège d'ulcérations qui se sont produites, au dire du malade, très rapidement, « en quelques jours et à la suite d'un court malaise guttural » (Fournier). Si la langue est atteinte de glossite scléreuse superficielle ou profonde, ou présente des gommes, nous penserons immédiatement à la syphilis. On ne manquera pas non plus d'examiner ou de faire examiner le pharynx à ses différents étages, ainsi que le larynx.

Les muqueuses génitales et ano-rectales seront inspectées soigneusement. On pensera que des rétrécissements de l'urètre peuvent avoir une autre étiologie que la blennorragie, très rarement, il est vrai. Nous citerons à la fin de notre travail une observation de rétrécissement syphilitique tertiaire de l'urètre méconnu.

Enfin, en examinant les appareils : respiratoire, circulatoire, digestif, osseux, le système nerveux, on recherchera tous les stigmates de la syphilis.

Les malades sont quelquefois porteurs de lésions étendues, on pourrait s'imaginer qu'ils souffrent. C'est une erreur. Cela semble paradoxal et explique la longue période d'insouciance dont ils font preuve vis-à-vis de leurs lésions tertiaires. Les gommes sont indolores. Les ulcères gommeux et les syphilides ulcéreuses sont peu douloureuses, mais ils le deviennent lorsqu'une infection secondaire vient se surajouter. Des douleurs ostéocopes à renforcement nocturne peuvent être ressenties.

Rollet et Chambard (Syphilides ulcéreuses, *Dictionnaire des sciences médicales*) nous disent : « Une ulcération de nature douteuse aura quelque chance d'être une gomme par ce seul fait d'avoir été annoncée par des douleurs ostéocopes à exacerbation vespérale et, par contre, l'absence de douleurs à caractères névralgiques peut servir à distinguer un ulcère gommeux d'un ulcère cancroïdal. »

Favre, différenciant les syphilomes des sarcomes, oppose

l'indolence à la palpation de la tumeur aux douleurs, surtout nocturnes, qu'elle provoque. « Ce détail, dit-il, paraît de minime importance, il retint cependant notre attention. »

La localisation des gommes peut entraîner des douleurs névralgiques ou des troubles moteurs par compression d'un nerf sensitif ou moteur. Fournier rapporte des observations de Ricord, de Nélaton et du docteur Zambaco. Plus rarement, on peut voir des troubles circulatoires, de l'œdème d'un membre. Le plus souvent, c'est une simple gêne fonctionnelle variable suivant la localisation des gommes, gêne des mouvements de la main, de la mastication. Fournier rapporte l'anecdote suivante : « Un vieux monsieur avait la verge étrangement bossuée, à la région moyenne et supérieure, par une gomme sous-cutanée du volume d'une datte. Cela ne le faisait en rien souffrir, mais cela déviait l'érection et rendait le coït difficile. Et comme, d'autre part, cette singulière difformité lui attirait de sa maîtresse de désagréables plaisanteries, il avait résolu d'en finir au plus tôt par une opération. L'iodure suffit à sa délivrance. »

Nous n'omettrons pas de dire que les différentes variétés de syphilides ne sont pas prurigineuses, ni douloureuses. « Ce sont là, peut-on dire, des lésions sans symptômes, des ulcérations à froid, sans phénomènes de réaction locale, sans douleurs, sans retentissement sur les lymphatiques et les ganglions. » (Fournier.)

b) Connaissance des antécédents. L'interrogatoire. — L'interrogatoire est une partie essentielle de l'examen clinique. Effectué en même temps que la recherche des lésions que possède le malade, il ne doit pas être omis.

Il offre de grandes difficultés. Que de délicatesse ! Que de souplesse il faut déployer pour amener l'aveu d'un accident initial lointain ou pour ne pas heurter d'un mot malheureux une susceptibilité prête à se froisser !

Bien souvent, les malades ignorent leur syphilis. Les antécédents héréditaires nous feront connaître les maladies et la mort du père et de la mère; les antécédents collatéraux sur

les frères et sœurs peuvent nous indiquer l'éventualité d'une hérédo-syphilis.

L'étude des antécédents personnels nous révèle les accidents d'ordre spécifique qu'a présentés le malade, parfois on retrouve le début insoupçonné d'une syphilis et l'on peut, comme par transparence, et sous des appellations banales : maux de gorge, rougeurs, eczémas, suivre la marche de ses différentes étapes. Insidieusement, on demandera des précisions sur la santé de sa compagne, si c'est un malade. On apprendra qu'il y a eu des fausses couches, des fœtus morts et macérés. La santé des enfants donne aussi d'utiles renseignements : les uns seront morts de méningite en bas âge, les autres présenteront des déformations crâniennes ou une chétivité et un rachitisme, attribués bien entendu à d'autres causes.

Il est des cas très fréquents où un interrogatoire approfondi ne fournit pas d'éléments de présomption en faveur de la syphilis, le malade de bonne foi n'ayant aucun souvenir précis. Pour reconnaître la syphilis, il nous faudra grouper tous les éléments à notre disposition : les cicatrices, les accidents actuels, la sérologie et le traitement d'épreuve.

II. — *L'examen anatomo-pathologique.*

Les lésions syphilitiques consistent essentiellement en une infiltration de cellules jeunes, en « une néoplasie inflammatoire » (Darier et Fournier). L'agent causal : le *Spirochaeta pallida*, ou tréponème pâle, découvert en 1905 par Schaudinn et Hoffmann, est un protozoaire de forme hélicoïde, dont le cycle évolutif est encore à l'étude (travaux de MM. Levaditi, Lépine, Mlle Schoen). La forme infra-visible assurerait « non seulement la conservation du virus aux phases latentes de la maladie, mais encore sa transmission aux stades des lésions contagieuses » (Lépine).

Se mouvant dans les vaisseaux, le tréponème altère leurs

parois et donne lieu, autour d'eux, à la production d'infiltrats cellulaires organisés. Cette lésion élémentaire est le follicule syphilitique ou granulome élémentaire syphilitique (Muratet).

On peut y trouver classiquement des cellules géantes entourées de cellules mononucléées polyédriques, dites épithélioïdes, elles-mêmes entourées de cellules plasmatiques ou plasmocytes. « Ce qu'on trouve, surtout, dit Laurentier, ce sont de gros éléments mononucléés identiques aux monocytes du sang et aux macrophages. » Le centre de ces infiltrats subit une fonte caséeuse, tandis que tout autour un manchon de sclérose s'établit, la scléro-gomme est alors constituée. Les artérioles sont lésées au niveau de leurs différentes tuniques, complètement oblitérées et transformées en bourgeons pleins.

« La gomme syphilitique vraie paraît prendre son origine par thrombo-phlébite dans le réseau sanguin de l'hypoderme; la néoplasie cellulaire profuse qui la constitue subit une liquéfaction en même temps que le stroma se mortifie. » (Darier.) Aubin et Maduro, après Roussy et Leroux, signalent les points importants de l'histologie des lésions gommeuses. Ce sont :

a) La réaction vasculaire : épaississement de la tunique interne des vaisseaux et infiltration cellulaire de la tunique moyenne. Formation d'un manchon cellulaire périvasculaire.

b) L'infiltration cellulaire inflammatoire constituée par des lymphocytes, des moyens mononucléaires et des plasmocytes; ils n'ont aucune spécificité, même le plasmocyte, mais témoignent d'une infection subaiguë. Ils se groupent en nodules, théoriquement différents du follicule tuberculeux et du nodule sporotrichosique. La cellule épithélioïde et la cellule géante se rencontrent dans les nodules syphilitiques, mais irrégulièrement disposés, tandis que, dans la tuberculose, on observe la succession régulière des couches, un centre formé de nécrose et de cellules géantes, entouré par une couronne de cellules épithélioïdes. La nécrose syphili-

tique est homogène et en nappes régulières; en pleine zone nécrotique persistent souvent des fragments de vaisseaux. « La sclérose syphilitique est précoce et intense, de nature collagène, avec transformation hyaline fréquente, à surcharge calcaire exceptionnelle » (Roussy).

L'histologie des syphilides tuberculeuses se schématise dans celle du tubercule syphilitique. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques y sont dilatés, enflammés ou sclérosés, et l'infiltrat cellulaire est cloisonné par des travées de tissu dermique scléreux, qui donne au tubercule sa dureté. Pour Darier, on ne trouve dans les manchons périvasculaires que des cellules lymphoïdes et des plasmocytes, pas de cellules géantes, ni épithélioïdes. L'épiderme, dans les syphilides tuberculo-végétantes, est fortement épaissi et cohérent; par places, il tend à desquamer. Dans les syphilides tuberculo-crustacées et tuberculo-ulcéreuses, l'épiderme est œdémateux, infiltré de leucocytes; mortifié, il constitue avec la couche supérieure du derme les croûtes brunâtres caractéristiques.

Cependant, l'histologie des lésions tertiaires n'a rien d'absolu et de très spécifique. Dès 1906, Gougerot montrait la structure syphiloïde avec infiltrat plasmocytaire, sclérose fibro-cellulaire, vascularites de certaines sporotrichoses et d'autres mycoses. En 1907, Nicolas et Favre affirmaient l'existence dans les lésions les plus syphilitiques de formations tuberculoïdes les plus typiques. Dans leur mémoire (*Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires*, Cf. Biblio.), avec microphotographies à l'appui, ils montrent que les follicules syphilitiques n'ont pas de systématisation rigoureuse. « Il n'est possible, à notre avis, disent-ils, de les distinguer » des follicules tuberculeux « par aucun des caractères histologiques. » Les lésions d'artérite, d'endo et de périvascularite, la prédominance du tissu fibreux, à laquelle Unna attache une grande importance, l'abondance des plasmazellen, n'ont aucun caractère spécifique, pas plus que celui qui pourrait être fourni par l'examen de l'ensemble des préparations.

Les mêmes conclusions se dégagent de la thèse d'Allibe (1907), inspirée par le Professeur Nicolas, de celle d'Arlet, du travail de Gougerot (*Presse médicale*, 1er juill. 1933). Ce dernier montre qu'il n'existe pas de critère histologique permettant d'affirmer le diagnostic de syphilis, pas même celui proposé par de Jong : d'un groupement caractéristique des lésions. Avec de Jong, qui reconnaît qu'il n'y a « pas de lésions histologiques spécifiques », et que « l'examen histologique d'une biopsie ne permet guère d'affirmer d'une façon absolue le diagnostic de la nature syphilitique de la lésion », il réfute le dogme de « vascularite spécifique », ainsi que celui de « plasmose spécifique », en citant Cornil, Audry, Darier, Neisser, Marchalko, une étude précise de Nanta et la thèse de Laurentier. Il rappelle les travaux de Nicolas et Favre, prouvant l'existence dans les lésions syphilitiques de formations tuberculoïdes les plus typiques, et il conclut : « En résumé, répétons et retenez bien que l'histologie ne peut ni infirmer, ni affirmer le diagnostic de syphilis; elle ne peut apporter qu'une probabilité. »

La biopsie peut même induire en erreur. En effet, on peut retrouver dans certains aspects histologiques de lésions tertiaires (gommes), l'histologie de tumeurs malignes, de sarcomes. Favre parle d'une véritable « faillite de l'examen histologique » et il montre que « les réactions du tissu conjonctif autour des foyers syphilitiques sont d'une variabilité extrême... Il est des cas où l'inflammation interstitielle s'accuse par des productions hyperplasiques parfois très étendues. Dans des cas semblables, on voit les faisceaux du tissu conjonctif disparaître ou n'être plus représentés que par de minces lames collagènes, tandis que se multiplient les cellules fixes. Les cellules peuvent s'ordonner en faisceaux, plus rarement en tourbillons, à la façon des cellules d'un sarcome fuso-cellulaire. »... « Ailleurs, des cellules arrondies, dont le type s'éloigne des cellules ordinaires de la lignée connective, forment des amas denses occupant les mailles d'un réseau conjonctif très réduit. Leur groupement,

leur aspect, rappellent les tumeurs globo-cellulaires. Les cellules géantes elles-mêmes, fréquentes dans les inflammations syphilitiques, ont été confondues avec des myéloplaxes. » ... « Aussi, comprend-on que nous ayons pu soutenir que les réactions produites par la syphilis dans le tissu conjonctif peuvent simuler toutes les variétés de sarcomes : sarcomes fuso-cellulaires, sarcomes globo-cellulaires, sarcomes à cellules polymorphes, sarcomes à myéloplaxes. »

Ce qui caractérise cependant les véritables sarcomes, c'est qu'ils « présentent dans toute leur masse la même structure, tandis que les syphilomes offrent, en des régions parfois voisines, des aspects histologiques différents ». L'examen histologique des lésions tertiaires nous paraît donc avoir quelque caractère distinctif, et il nous semble un peu trop absolu de conclure à sa faillite.

En résumé, nous conclurons, avec Aubin et Maduro, que « le diagnostic histologique est souvent un diagnostic de présomption ; la biopsie ne fournit qu'un appoint, et c'est en la comparant à la clinique et aux réactions de laboratoire que l'on pourra résoudre le problème ».

III. — *Réactions de laboratoire.*

Les différentes recherches et réactions de laboratoire sont un appoint utile dans l'élaboration d'un diagnostic quelquefois délicat de syphilis tertiaire. Mais il ne faut pas leur accorder une confiance et une importance trop grandes; il faut les connaître et surtout savoir les interpréter.

a) Recherche du tréponème. — La constatation des tréponèmes dans les lésions tertiaires n'a pu être faite.

b) Sérologie. — La réaction de Bordet-Wassermann est un élément dont il serait imprudent de se passer. Craps, en effet, nous montre que ce « manque de réflexe de la ponction veineuse » peut être la cause de méconnaissance de cas de syphilis.

Dans la syphilis tertiaire, que nous donne la réaction de Bordet-Wassermann :

50 p. 100 de résultats positifs dans le sang (Joulia. David-Chaussé et Le Coulant);

76,4 p. 100 de résultats positifs dans le sang des syphilitiques tertiaires avec accidents non traités depuis quatre mois au moins (L.-P. Mauriac).

Une réaction positive signifiera donc que le sujet est syphilitique, « sans pour cela permettre d'affirmer que telle lésion douteuse que porte ce sujet soit elle-même de nature syphilitique » (Darier).

Une réaction de B.-W. négative, en revanche, ne permet pas d'écarter l'hypothèse de syphilis et nous voyons qu'il existe un pourcentage très important de malades qui ont des réactions négatives. Avec Sézary, nous dirons qu' « il ne faut pas demander aux séro-réactions plus qu'elles ne peuvent donner; elles ne sont qu'un appoint pour le diagnostic ».

Pour fixer les idées, énumérons rapidement les diverses techniques et indiquons leurs valeurs respectives.

Les réactions au sérum chauffé du type Wassermann « ont l'avantage d'être pratiquement spécifiques » (Sézary). Les réactions faites suivant la méthode au sérum frais, type Hecht, Sabrazès-Eckenstein-Muratet, sont plus sensibles que les réactions au sérum chauffé. Dans la syphilis tertiaire, la réaction de Wassermann est moins sensible que les autres méthodes (Foltz).

Citons la réaction d'opacification de Meinicke, de technique simple; elle demeure longtemps positive dans la syphilis tertiaire.

La réaction de « Kahn standard » « est la plus sensible et la plus spécifique des trois réactions; du point de vue de la sensibilité, sa supériorité est surtout évidente pour les syphilis latentes primaires et tertiaires » (Foltz). Sézary lui donne une sensibilité « au moins égale à la réaction de Hecht ».

La réaction de Vernes au péréthynol nécessite un appa-

reillage coûteux, et permet de satisfaire l'esprit par la représentation sur un graphique de l'intensité et de l'évolution de la réaction et non toujours de la maladie.

Pratiquement, il faut « nécessairement, pour obtenir un résultat valable, employer concurremment des réactions de fixation de complément et des réactions de floculation » (Sézary).

Cependant, il faut savoir qu'il est d'autres maladies où l'on trouve une réaction de B.-W. positive, dans la lèpre, par exemple. Les avis, à ce sujet, sont partagés : MM. Nicolas, Massia et Weigert estiment qu'un sujet lépreux peut avoir, du fait seul de sa lèpre, une réaction de B.-W. positive :

« Nous attirons l'attention, disent-ils, sur la positivité des réactions de Wassermann et de Hecht chez ces deux lépreux indemnes de tout antécédent syphilitique connu. Ce fait vient à l'appui de l'existence possible d'une sérologie syphilitique positive chez les lépreux, contrairement à ce que pensent encore un très grand nombre d'auteurs.

MM. Jausion, Louste, Lévy-Franckel et Gadaud pensent que si l'on trouve une réaction de B.-W. positive chez un lépreux, cela signifie qu'il est en même temps syphilitique :

« Avec MM. Louste et Lévy-Franckel, je (Jausion) pense que la réaction de Wassermann n'est positive chez les lépreux que dans la mesure où ils sont atteints de syphilis. J'ai pu confirmer le fait plusieurs fois au Maroc, et notamment à Fez, où les cas de lèpre sont nombreux. »

Marcel Léger nous indique qu' « une voie nouvelle de précision diagnostique a été ouverte par Trautmann, qui sera sans doute très féconde. » On pourra peut-être préciser si un sujet est lépreux uniquement ou s'il est lépreux et syphilitique, ou s'il est lépreux et tuberculeux. « Trautmann a pratiqué chez un grand nombre de lépreux de Madagascar (lèpre tubéreuse ou lèpre nerveuse) les séro-floculations de A. Vernes : séro-floculation au péréthynol pour le diagnostic de la syphilis, séro-floculation à la résorcine pour le diagnostic de la tuberculose en activité. Ces épreuves indiquent

que les sérums de lépreux non entachés de syphilis ou de tuberculose se comportent comme les sérums des sujets normaux.

» — Trouver un indice photométrique au-dessus de 3 après séro-réaction au péréthynol chez un lépreux, c'est reconnaître qu'il est en même temps syphilitique;

» — Trouver un indice photométrique au-dessus de 30 après séro-réaction à la résorcine chez un lépreux, c'est reconnaître qu'il est en même temps tuberculeux.

Par les méthodes actuelles de A. Vernes, on arrive donc à préciser le diagnostic de lèpre en écartant celles des deux affections concomitantes les plus fréquentes, syphilis et tuberculose. »

En dehors de la lèpre, tous les auteurs signalent que la réaction de B.-W. peut se trouver positive dans le pian et la trypanosomiase. Foreau dit que « si le malade est un paludéen ou un convalescent de typhoïde ou de scarlatine, ou enfin un cachectique cancéreux ou tuberculeux, il conviendra de ne pas oublier que très souvent ces cas peuvent donner des réactions positives alors que le malade est bel et bien indemne de syphilis ». Sergent indique encore d'autres « causes d'erreurs » : la pellagre, l'ictère, la fièvre, dans lesquelles le B.-W. peut être positif.

Toutefois, ces causes d'erreurs étant signalées, il convient d'être prudent et de ne pas oublier la grande fréquence des syphilis ignorées. Nous sommes persuadé que bien des B.-W. qui paraissent anormaux par leur positivité, faits dans deux laboratoires sérieux, sans qu'on puisse leur imputer aucune faute de technique, trahissent des syphilis passées inaperçues ou méconnues.

Mentionnons la réactivation du B.-W. suivant la technique de M. Milian, qui permettra d'obtenir une réaction positive, appoint important pour le diagnostic.

D'autre part, le liquide céphalo-rachidien nous fournira chez nos malades des renseignements excessivement importants :

— une modification cytologique de la lymphocytose, c'est-à-dire plus de 3 lymphocytes par mm³, au-dessous de ce chiffre, il ne faut pas conclure à un état pathologique (Sergent);

— une modification de sa teneur en albumine; plus de 0 g. 30 p. 1.000 jusqu'à 1 à 3 g., c'est une hyperalbuminose;

— enfin la réaction de B.-W., moins contestée ici que dans le sang, sera positive ainsi que la réaction du benjoin colloïdal (Guillain, Guy Laroche et Lechelle).

c) Intradermo-réaction a la luétine de Noguchi et a la syphiline de Nicolas et Favre. — Elles ne sont pas de pratique courante. Leurs résultats ne sont pas suffisamment constants, ni suffisamment spécifiques. Toutefois, Ambler signale que la luétine-réaction lui a donné 100 p. 100 de résultats positifs dans le cas de syphilis tertiaire, de gommes cutanées.

IV. — *Le traitement d'épreuve.*

Pour poser un diagnostic, le traitement d'épreuve est bien la dernière résolution à laquelle on s'attachera. Avec Barthélemy, nous considérons que ce n'est qu' « un aboutissant auquel on ne doit recourir qu'en l'absence d'un faisceau de preuves suffisant pour repousser la certitude d'une dermatose non syphilitique ». Il faut le condamner lorsqu'il est fait hors de propos, sans que l'on ait patiemment épuisé toutes les ressources que nous offrent l'examen clinique, anatomo-pathologique et la sérologie. Fournier le désigne « critérium thérapeutique, procédé pratique par excellence..., le plus sûr, le moins sujet à erreur, même scientifiquement, et, d'autre part, il a chance d'être grandement utile au malade et de le guérir en même temps qu'il détermine le diagnostic de la lésion ». Il doit être « très énergique, intensif, sans quoi il pourrait laisser place au doute » (Nicolas), et assez prolongé. Chénelot, dans sa thèse, nous montre comment un malade de M. Leriche, qui, mis une première fois à l'iodure,

puis une deuxième fois à un traitement mixte de huit jours, ne parut pas en bénéficier. Il fallut une durée totale de six semaines pour que le traitement fût efficace. En pratique, il faudra pousser la médication jusqu'à « un mois et même plus » (Chénelot).

On réglera ce traitement en tenant compte des réactions et des susceptibilités individuelles des malades. On préférera commencer par du cyanure de mercure en intraveineuses, cela comme prise de contact avec le malade, pour éviter les réactions d'Herxheimer, puis on utilisera, soit le novarsénobenzol, soit le sulfarsénol, soit le bismuth; excepté les cas où une mycose pourra être suspectée, on utilisera l'iodure de potassium en même temps. Il convient de faire remarquer que le traitement mixte : mercure associé à l'iodure de potassium, donne encore d'excellents résultats comme traitement d'épreuve. Si le traitement agit, c'est la renaissance du malade, « il se sent revivre » (obs. de M. le Professeur Petges : cas de syphilis osseuse méconnue, 1921). On continuera alors de traiter le malade pour le « guérir », et non plus pour faire rétrocéder uniquement des lésions incidentes.

Si le traitement n'agit pas au bout d'un mois et demi par exemple, on se rendra compte que les manifestations cutanées ou muqueuses en cause ne sont pas de nature syphilitique. Dans le cas de tumeur vraie, de sarcome par exemple, le traitement mixte est nuisible, l'iodure faisant fondre le « lymphome de défense » (Darier), simulant ainsi une amélioration par diminution de la tumeur, alors qu'au contraire il en favorise l'extension; l'arsenic peut aussi donner un coup de fouet aux néoplasies; on arrêtera le traitement d'épreuve. « Mais, comme dit Chénelot, on n'aura pas le regret d'avoir fait une opération inutile. »

De toute façon, concluons avec R. Barthélemy, « qu'il serait puéril de vouloir se priver d'un légitime moyen de diagnostic, parfois si démonstratif qu'il force à l'aveu le malade honteux ou récalcitrant, qui niait avec rage une syphilis bien connue de lui ».

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE LA SYPHILIS TERTIAIRE CUTANEO-MUQUEUSE

Le diagnostic différentiel des lésions tertiaires cutanéo-muqueuses sera fait avec :

1° la tuberculose (forme lupique);
2° les sarcoïdes;
3° la lèpre;
4° le cancer;
5° les mycoses;
6° les ulcères variqueux;
7° des affections coloniales;
8° le mycosis fongoïde;
9° des affections diverses.

I. — *Diagnostic différentiel avec la tuberculose (forme lupique).*

A. — Syphilis tertiaires cutanées.

Etudions les signes qui différencient les syphilides tertiaires cutanées de la tuberculose (forme lupique).

Commençons par les deux types secs des deux maladies : la syphilide tuberculeuse et le lupus tuberculeux. Comment les différencier? Ce qui frappe d'abord, au lieu de différence, ce sont des similitudes : nous trouvons dans les deux cas

« une éruption de modalité tuberculeuse, à tubercules de configuration presque identique, de volume et de relief à peu près identiques, de même physionomie générale en un mot » (Fournier). Cependant, il existe des différences de couleur et de consistance.

Différences de couleur. — La syphilide tuberculeuse est rouge sombre, couleur « jambon fumé », les tubercules lupiques ont la teinte sucre d'orge.

Différences de consistance. — Au doigt, le tubercule syphilitique est dur; il ne « s'écrase pas sous la pression » (Fournier). Le tubercule lupique s'affaisse à la pression; à la vitro-pression, il tranche par sa teinte sucre d'orge ou gelée de pomme sur le derme environnant de couleur blanc crémeux.

Examinons maintenant les formes ulcéreuses du lupus et des syphilides. On relève cinq caractères différentiels :

1° *Coloration de l'aréole.* — L'aréole qui existe autour des syphilides tertiaires est rouge sombre, celle qui entoure l'ulcération lupique est d'un rouge atténué, plutôt rose, quelquefois avec un reflet bleuté.

2° *Aspect des croûtes.* — Les croûtes des syphilides sont dures, stratifiées, ostréacées; leur coloration est plus foncée que celle du lupus. Une teinte noire ou un reflet brun verdâtre sont caractéristiques de la syphilis.

3° *Etat des bords.* — Dans les lésions syphilitiques, les bords sont accentués, nettement entaillés, découpés à pic, offrant une certaine hauteur. Ils sont durs et adhérents; dans le lupus ulcéré, les bords ont peu de hauteur, sont minces, sans relief; ils sont mous ou décollés, « minés par le processus lupique envahissant » (Bernay).

4° *Etat du fond.* — Le fond des syphilides est creux, inégal, bourbillonneux ou crémeux; dans les lésions tuberculeuses, le fond est peu excavé, il offre une teinte rouge ou rosée, ou blanchâtre pâle. Il est atone, ou vernissé, uni et lisse, recouvert d'une « pellicule détachable » (Fournier), ou offrant un aspect bourgeonnant en chou-fleur.

5° *Configuration d'ensemble de la lésion.* — A sa période ulcéreuse, nous avons vu que la syphilis groupe ses lésions en figures plus ou moins géométriques dérivées du cercle : circinations, polycyclisme, ondulations serpentines, arceaux conjugués. Inversement, la configuration des lésions lupiques montre qu'elles s'étendent sans méthode, comme au hasard. « La lésion tuberculeuse se manifeste par son manque absolu d'ordination, elle progresse sans ordre, sautant des intervalles de peau saine. » (Bernay.)

Mais tous ces signes objectifs peuvent être « sujets à défaillance comme à caution », « ils peuvent manquer et tromper. » (Fournier.)

On devra compléter le diagnostic différentiel en recherchant d'autres renseignements que Fournier appelait « éléments du diagnostic rationnel ».

Ce sont les caractères d'évolution de la lésion considérée. Le lupus est une affection lente, la syphilide tuberculeuse réalise en quelques mois ce que le lupus ne réalise qu'au prix d'années. La syphilis, comme disait Fournier, est plus mobile, « elle va vite en besogne ».

De même, on interrogera le passé pathologique du malade, on verra s'il a des antécédents de tuberculose ou de syphilis.

L'examen du malade, pratiqué comme nous l'avons indiqué (chapitre I[er]), sera « la source où le diagnostic puisera ses éléments les plus sûrs et les plus décisifs » (Fournier). On se rendra compte s'il existe des lésions ou des stigmates de tuberculose. L'adénopathie existe dans la tuberculose (forme lupique) et est absente dans la syphilis tertiaire.

L'anatomie pathologique ne permet pas de différencier sans conteste les lésions syphilitiques des lésions tuberculeuses; nous avons vu que l'on retrouve dans les deux cas les mêmes aspects histologiques.

La recherche du bacille de Koch sur frottis coloré au Ziehl à chaud ou par coloration des coupes est rarement positive. L'inoculation au cobaye, quand elle est positive, fait la preuve de la nature tuberculeuse du lupus. La recherche des

spirochètes dans les ulcérations ou dans les tissus est longue et souvent infructueuse (Arlet). Leur inoculation aux animaux, aux singes (Thibierge et Ravaut) ou au lapin (inoculation dans la chambre antérieure de l'œil) « ne réussit presque jamais dans la syphilis tertiaire » (Arlet).

Nous avons vu comment il convenait d'interpréter les résultats de la réaction de Bordet-Wassermann. La réaction de floculation de Vernes à la résorcine nous montre le degré de l'imprégnation bacillaire du sujet. Signalons le sérodiagnostic tuberculeux d'Arloing et P. Courmont basé sur un principe analogue à la réaction de Widal, dans le lupus, procédé souvent négatif, enfin la réaction à l'antigène de Besredka (Arlet).

On doit savoir que la cuti et l'intradermo réaction à la tuberculine peuvent être aussi bien positives chez un syphilitique qu'un tuberculeux (Arlet, Bernay et Nicolas). L'ophtalmo-réaction à la tuberculine, actuellement abandonnée, serait seule négative chez les syphilitiques et serait un élément de diagnostic différentiel (Augagneur).

Reste enfin le traitement d'épreuve. Ecoutons M. le Professeur Ravaut s'exprimer à ce sujet (*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 38, p. 1148) : « Comme mon ami Louste, je crois que le meilleur élément de diagnostic différentiel entre les syphilides lupoïdes de la face et le lupus vrai, les inoculations au cobaye mises à part, c'est encore l'épreuve thérapeutique. Presque toujours dans le service, avant de commencer le traitement d'un lupus, nous pratiquons un traitement d'épreuve antispécifique et nous avons eu quelquefois la surprise de voir disparaître rapidement des lésions qu'on était en droit de qualifier de lupiques.

Voici plusieurs observations de syphilis tertiaires cutanées qui ont été prises pour des lupus.

Observation I

(Docteurs Joulia, R. David-Chaussé et Le Coulant.)

Il s'agit d'un jeune homme, G... (Jean), âgé de 28 ans, employé de commerce, entré dans le service le 28 septembre 1928, pour des lésions profondément ulcéreuses et mutilantes du visage.

L'affection a débuté il y a quatre ans et demi par une petite tuméfaction rouge, siégeant près du sillon naso-génien gauche. Cette lésion s'est rapidement ramollie et ulcérée, puis a gagné de proche en proche la joue gauche. A mesure que l'ulcération cicatrisait d'un côté, la bordure s'étendait sur la joue en peau saine et gagnait en profondeur. Cette marche centrifuge avec cicatrisation centrale a continué à évoluer depuis, envahissant progressivement toute la joue. En juillet 1928, deux nouvelles lésions gommeuses ont, en trois semaines, détruit le cartilage, les os propres du nez et une partie de la lèvre inférieure.

En même temps que les lésions de la face évoluaient, un placard analogue se développait, allant de la marge de l'anus à la racine de la cuisse gauche.

Le malade a été traité pendant plusieurs années par des scarifications, des applications de rayons ultra-violets et de la diathermie.

Dans ses antécédents, il signale quelques maladies d'enfance : rougeole, coqueluche. A 21 ans, il a eu un chancre du fourreau traité par des médications externes et dont on retrouve la trace sous forme d'une cicatrice blanchâtre. Deux mois après, il fut hospitalisé pour une angine considérée comme diphtérique et traité par la sérothérapie. Il est permis de penser que ce malade a présenté à cette époque des accidents primaires et secondaires d'une syphilis méconnue. On ne trouve aucun signe de syphilis héréditaire.

Actuellement, Jean G... est complètement défiguré. Toute la joue gauche est le siège d'une cicatrice déprimée rétractile déterminant de l'ectropion de la paupière inférieure. Au niveau de la région temporale des branches montante et horizontale du maxillaire inférieur, les lésions sont limitées par une bordure circinée ulcéro-gommeuse et en voie d'accroissement.

Les lèvres sont œdématiées et boursouflées. La lèvre inférieure est particulièrement augmentée de volume, rouge violacé, pendante. Les commissures sont ulcérées et laissent couler une salive filante. Le milieu de la lèvre inférieure est le siège d'une ulcéra-

tion à bords taillés à pic, à fond jaune verdâtre, d'aspect diphtéroïde. Au niveau du nez se trouve une vaste ulcération présentant tous les aspects d'une gomme ayant détruit le lobule, le cartilage et une partie des os propres du nez. Il existe, en outre, deux gommes en activité à la racine du nez et à l'extrémité externe du sourcil gauche.

Au membre inférieur gauche une vaste cicatrice blanchâtre s'étend de la marge de l'anus au pli génito-crural. Dans le voisinage, à la face interne de la cuisse, deux vastes placards de syphilides tuberculo-ulcéreuses, à centre cicatriciel et à bords ulcérés et circinés, sont en voie d'extension.

Les ganglions inguinaux, épitrochléens, cervicaux, sont augmentés de volume, mobiles et durs. L'état général du malade est mauvais : Jean G... est pâle, fatigué, amaigri, il tousse et crache, sans présenter cependant de température.

La réaction de Bordet-Wassermann est franchement positive. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Après trois injections intraveineuses de 0,15, 0,30, 0,45 de novarsénobenzol, les lésions sont affaissées et en voie de cicatrisation.

Observation II (Résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Petges.)

Syphilis tertiaire de la lèvre inférieure confondue avec un lupus de la face.

Le 9 octobre 1928, B... (Emile), âgé de 21 ans, est adressé à M. le Professeur G. Petges pour une lésion ulcéreuse couvrant le nez dont le lobule est rongé profondément, les ailes en partie abrasées, qui s'étend en papillon sur la joue droite sur une surface de 2 cm. 5 à 3 cm. de diamètre et sur la joue gauche sur une étendue de 5 à 6 cm. de diamètre. Le début remonte à un an et demi. Le diagnostic porté à Besançon a été celui de lupus de la face et du nez. Le traitement appliqué a consisté en pointes de feu répétées pendant un an et demi, en applications de compresses imbibées de permanganate de potasse et des injections d'antigène méthylique de Nègre et Boquet.

La surface ulcérée est recouverte de croûtes et bordée d'une sorte de talus ulcéro-croûteux à bords circinés, la cloison est largement perforée. Au voisinage des lésions actives, il existe des cicatrices formant une perte de substance nette, plane, blanche,

fine et souple. Le diagnostic de syphilis tertiaire est posé, transmis au médecin traitant avant que le résultat du Wassermann ne soit obtenu. Cette réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive (+ + + +).

Amélioration très rapide après quinze injections de cyanure de mercure intraveineux. La guérison locale est obtenue après un traitement consistant en quelques injections intraveineuses de novarsénobenzol. Ce traitement arsénobenzolé alterné avec un traitement bismuthique a été continué pendant trois ans. Le Bordet-Wassermann, le 22 juin 1932, reste toujours positif.

Observation III (Résumée).

(Docteur Craps.)

Un cas de syphilis tertiaire méconnue.

X..., Polonais, âgé de 41 ans. Ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Antécédents personnels : blennorragie en 1910, rapidement guérie. Il n'a jamais constaté la présence d'un accident spécifique quelconque. Aucune adénite (inguinale) n'a attiré son attention. Marié en 1923. Sa femme accouche en 1924 d'un garçon qui meurt dix-huit mois plus tard d'hypertrophie thymique. En 1931 second enfant, fille. Mort de la mère cinq jours après l'accouchement d'une affection de nature indéterminée. L'enfant meurt de méningite, âgée de 2 mois 1/2. Au début d'août 1931, notre malade est atteint d'une sorte de catarrhe nasal, sans toux concomitante. Ecoulement abondant, purulent. Aucune douleur locale, cependant céphalée à exacerbation nocturne, provoquant parfois de l'insomnie. Quelques jours après le début de l'écoulement purulent, il constata l'apparition d'une ulcération au bord de la narine droite. Agrandissement progressif de l'ulcération qui, en quatre semaines, recouvrit complètement la surface cutanée du nez. Comme il travaillait dans un charbonnage du Borinage, il se rendit au dispensaire de la mine où le médecin lui prescrivit une pommade. Ce traitement resta sans effet. Il alla trouver un médecin particulier qui lui ordonna une autre pommade et des pulvérisations endo-nasales. Comme le malade ne s'apercevait d'aucune amélioration, mais que, bien au contraire, l'ulcération continuait à progresser, il fit le sacrifice d'aller consulter un « spécialiste » dans une clinique proche du

lieu de sa résidence. Ceci se passait dans le courant du mois de septembre. Pendant cinq semaines, il se rend à la clinique deux fois par semaine pour y recevoir des bains locaux de rayons ultra-violets. Ce traitement aurait eu pour effet d'assécher les lésions et de faire tomber les croûtes (probablement parce que les gommes étaint au terme de leur évolution).

En octobre, un nouveau symptôme apparaît : c'est une douleur sourde, permanente, avec exacerbation matinale qui siège au niveau de l'épaule droite et qui s'exagère par la mobilisation de l'articulation. Les mouvements actifs sont devenus impossibles au bout de quatre jours en raison de la douleur qu'ils provoquent. Un quatrième médecin vient le voir à domicile, et lui prescrit des pilules et des frictions locales. Comme aucune amélioration ne se manifeste, il se fait masser par un camarade; il obtient une certaine sédation de la douleur, mais les mouvements restent limités. A la fin du mois de novembre, il constate l'apparition de petites élevures indolores à la partie supérieure de la joue gauche et à la région cutanée de la lèvre supérieure. Ces lésions indolores s'ulcèrent et donnent issue à un liquide sirupeux. Entre temps, il a quitté la mine et vient à Bruxelles, où il se rend à la consultation de M. le Professeur Govaerts pour les douleurs qu'il ressent encore dans l'articulation de l'épaule droite. Une radiothérapie est faite, la syphilis de ce malade est enfin reconnue. Il est adressé à la consultation du service de M. le Professeur Jacqué, pour y être soigné.

C'est dans ces conditions que nous le voyons le 14 décembre 1931. Toute la surface cutanée du nez est occupée par une modification cicatricielle avec perte de substance en godets circulaires juxtaposés. Le rebord nasal de la narine droite est érodé et aminci et la zone cicatricielle se prolonge dans le vestibule narinaire. Il existe en outre au niveau du sillon naso-génien gauche et de la région sous-palpébrale inférieure du même côté, ainsi qu'à la partie cutanée inférieure de la lèvre supérieure, une série de lésions circulaires ulcérées à fond grisâtre dont le rebord est en légère surélévation et qui sont représentatives de gommes syphilitiques ouvertes. L'examen général ne révèle qu'une micro-polyadénopathie. Une réaction de Bordet-Wassermann faite le même jour donne un résultat nul, le sérum étant anti-complémentaire. Le traitement est commencé le 15 décembre 1931; en sept jours, 1 g. 50 de néosalvarsan. La cicatrisation des lésions en évolution est acquise le 21 décembre 1931. Une nouvelle réaction de B.-W. et une réaction de Hecht faites le 22 décembre 1931 donnent un résultat positif fort.

Observation IV.

(Gaston et Fuchs.)

Syphilis méconnue de la face d'apparence lupoïde. — Influence du traumatisme sur l'évolution d'une syphilis latente d'origine probablement conceptionnelle.

La lésion faciale que présente la malade a tous les caractères d'une syphilide tertiaire avec bordure périphérique ulcéro-croûteuse circinée à tendances serpigineuses et nombreux points cicatrisés de guérison, autour du nez, sur les joues, le front. Le nez est déformé, renflé à son extrémité, couvert d'une croûte jaune brunâtre.

L'affection du visage a débuté en juin 1923. Elle a commencé par de petites papules qui rapidement sont devenues ulcéro-croûteuses, se groupant sous forme de cercles progressivement excentriques. Les lésions du visage ont été précédées de manifestations identiques comme forme et évolution sur la cuisse, puis sur la région abdominale; on en voit actuellement des cicatrices circinées occupant une surface de 15 à 15 cm. de côté. Voici ce que dit la malade au sujet des accidents cutanés : En mars 1920, elle fit une chute sur la cuisse droite avec blessure superficielle qui s'infecta, d'où suppuration assez étendue, mais peu profonde, qui guérit d'ailleurs assez rapidement. Deux mois environ après la cicatrisation, et à son niveau, survint une éruption, d'abord papuleuse, puis ulcéro-croûteuse se groupant en cercles progressivement excentriques et serpigineux; quelque temps après, les mêmes éléments apparaissaient sur la région abdominale, puis sur la face. Tandis que les lésions de la cuisse et de la région abdominale disparaissaient sans traitement spécial, en un an, celles du visage ont continué à évoluer.

Le diagnostic de syphilis est confirmé par la séro-réaction spécifique, qui donne : Hecht et B.-W. totalement positifs : Vernes, floculation : 21.

L'origine de cette syphilis est plus difficile à préciser : elle paraît d'origine conceptionnelle et résulte d'un premier mariage, quoiqu'il soit très difficile d'établir chez le premier mari, alcoolique, l'existence de syphilis. La malade dit n'avoir jamais eu d'accidents cutanés ou muqueux. Elle a eu neuf grossesses dont voici le résultat : du premier mariage : 1° enfant mort-né en 1904;

2° enfant mort-né en 1905; 3° enfant vivant bien portant en 1907; 4° enfant vivant bien portant en 1910; 5° enfant né avant terme, vivant, en 1913; 6° grossesse : avortement à quatre mois en 1914; 7° enfant vivant et bien portant en 1915; 8° enfant mort à 17 jours, aurait eu des accidents méningés en 1916. En 1921, la malade, d'un second mariage, a un enfant vivant et bien portant. Il est à remarquer que cet enfant a été conçu et est venu au monde en pleine évolution des accidents syphilitiques cutanés.

Cette observation est des plus intéressantes, car elle soulève des questions relatives à l'étiologie et à l'évolution de certaines formes de syphilis ainsi qu'à la pathogénie de ses accidents : En premier lieu, l'influence du traumatisme sur l'apparition d'accidents dans la syphilis latente. En second lieu, le fait d'alternances de grossesses aboutissant à la naissance de mort-nés, à l'avortement ou à la naissance d'enfants sains, tout au moins en apparence et d'après ce que dit la malade. En troisième lieu, la naissance d'un enfant sain et mis au monde en pleine évolution d'accidents cutanés tertiaires. Enfin, en dernier lieu, l'existence de la syphilis latente, larvée, si fréquente chez les femmes ayant conçu du fait de syphilitiques et démontrée par la grande fréquence des séro-réactions spécifiques positives chez des femmes n'ayant jamais eu d'accidents et paraissant indemnes de syphilis

Observation V.

(L.-M. Pautrier.)

Vaste syphilis tertiaire du membre inférieur et de la joue évoluant depuis quatre ans et simulant une tuberculose ulcéro-gommeuse et un « lupus tumidus ».

Il est rare de voir une syphilis tertiaire s'acharner pendant quatre ans sur un territoire cutané et, après l'avoir labouré profondément et transformé en tissu cicatriciel, fibreux, persister encore dans la cicatrice sous forme d'ulcérations sanieuses profondes. Ce sont là plutôt caractères et évolution de la tuberculose cutanée et du scrofuloderme, aussi ce diagnostic nous tint-il hésitant au début, jusqu'à ce que les épreuves de laboratoires, l'action du traitement spécifique aient démontré de façon indubitable la nature syphilitique des lésions.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de maladie inconnue.

Antécédents collatéraux. — Ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — La malade prétend ne jamais être malade. S'est mariée à 25 ans. A deux enfants : un fils de 18 ans et une fille de 5 ans; tous deux en bonne santé. D'origine yougoslave, très difficile à interroger. Mari mort pendant la guerre; a eu sa fille avec un ami. Nie toute fausse couche et maladie vénérienne.

Maladie actuelle. — Aurait commencé, il y a quatre ans, par une lésion au niveau de la jambe gauche, petite et rouge, qui s'ulcéra et s'étendit de plus en plus. Quelques mois après, la malade aurait remarqué que sa jambe droite devenait plus faible, que le mouvement du genou était gêné pour devenir impossible et ceci deux ans après l'affection de la peau.

La malade n'a jamais consulté de médecin; elle s'est traitée elle-même en appliquant des pansements à la camomille. Ce n'est que le 6 août 1932 que la malade se décide à consulter un médecin et est admise à la Clinique dermatologique pour traitement.

Examen général. — Femme maigre, poids 44 kg. 500, petite, boitant en marchant (genou ankylosé en demi-flexion). A l'examen : cœur et aorte : rien de particulier, tension artérielle 11,5-7,5. Foie, rate, abdomen, sans particularité. Réflexes : rotuliens +, achilléen +, pupillaires + +. Radio des poumons : cœur et poumons, rien de particulier, médiastin libre. Albumine 0, sucre 0, urobiligène 0.

Etat actuel le 10 août 1932. — Téguments : les lésions sont localisées à la partie droite de la face et au membre inférieur droit. Tout le reste des téguments est absolument sain.

Face. — Dans son ensemble, vaste placard lupiforme comprenant la région temporale, l'œil, l'aile droite du nez, les lèvres et la commissure labiale, limité et s'étendant sur une longueur d'environ 2 centimètres dans la région rétro-auriculaire. Le centre de cette lésion est manifestement atrophique, cicatriciel, légèrement pigmenté et parcouru de télangectiasies pouvant donner l'impression d'une radio-dermite.

Membre inférieur droit. — Vastes ulcérations s'étendant à partir du tiers moyen de la cuisse jusqu'à 5 centimètres au-dessus des malléoles et sur tout le pourtour de la cuisse et de la jambe. Ici encore le centre est manifestement cicatriciel et atrophique, de coloration rouge et par places blanc nacré. La rétraction est telle que les mouvements du genou droit sont absolument impossibles. A la périphérie, vastes ulcérations situées au niveau de la partie antéro-externe du tiers inférieur moyen de la cuisse droite, se

continuant d'un bloc avec les lésions de la partie postérieure pour faire le tour de la cuisse. Vastes placards ulcérés dont les bords sont polycycliques en arcades mauresques, circinées; les ulcères sont profonds et séparés entre eux par des placards d'aspect cicatriciel, très profonds par endroits, le fond est de couleur rouge, chair musculaire, par places jaune sale... Les bords sont manifestement infiltrés, surtout par endroits.

Au niveau du creux poplité, au niveau de la jambe à toutes ses surfaces, on trouve des ulcérations variant de la grandeur d'une lentille à celle d'une noix et variables au point de vue de leur profondeur, on pourrait y loger une noix. Elles sont disséminées sur ce terrain scléreux et mal nourri, sont partout polycycliques, formées par la juxtaposition de plusieurs circinations de forme ovalaire ou arrondie; le fond souvent couleur chair musculaire est parfois sanieux; bord infiltrés par places. Par endroits, certaines ont des bords taillés à pic surtout lorsque ces ulcères sont très profonds. Plus superficiels, leurs bords se confondent plus insensiblement avec la peau, et en tout cas ils sont nettement arrêtés. L'ensemble des lésions dégage une odeur fétide.

Il y a manifestement des lésions osseuses du tibia, du péroné et du fémur, mais vu l'état de la sclérose de la peau, elles sont difficiles à apprécier à l'œil. Dans l'ensemble le pied droit et le pied gauche semblent avoir les mêmes dimensions.

Système ganglionnaire. — Ganglions inguinaux très gros, nombreux, roulant sous le doigt des deux côtés; les autres ganglions ne présentent aucune particularité, à part les sous-maxillaires qui sont gros. Poumons : rien à la percussion, à l'auscultation : murmure vésiculaire très rude sur toute la superficie des poumons.

Etat général. — Mauvais, courbe de température caractéristique d'une infection chronique.

L'aspect général des lésions cutanées était assez troublant. La face avec ce placard scléreux occupant toute la joue, cet ectropion éveillait invinciblement l'idée d'un vieux lupus tumidus qui aurait été trop traité par la radiothérapie. D'autre part, les dimensions atteintes par les lésions en quatre ans témoignaient d'une rapidité d'évolution inhabituelle au lupus. Les lésions de la cuisse et du mollet n'étaient pas moins déconcertantes, avec l'ankylose totale du genou, ces nappes de tissu cicatriciel scléreux, rosé ou lardacé, mais encore parsemées d'une série de lésions ulcéro-gommeuses, tout cela était plus en faveur de lésions de scrofulo-derme que de syphilis. Toutefois, la bordure des lésions au niveau de la cuisse offrait des circinations et un polycyclisme qui éveillait aussitôt l'idée d'une syphilis tertiaire.

Intradermo-réaction à la tuberculine : érythème large, mais assez profondément infiltré.

Réactions sérologiques : B.-W. + + ; Hecht-Bauer + + ; Kahn + + + + ; Vernes 56.

Radioscopie de la cuisse et de la jambe : lésions osseuses très étendues surtout au niveau du tibia, multiples foyers de destruction osseuse et réaction périostée.

Traitement d'épreuve : injections de CyHg et Rhodarsan. Après les trois premières injections et une dose de Rhodarsan de 0 g. 30, les ulcérations sont transformées. L'état général s'améliore, la fièvre disparaît. Le traitement est continué, les ulcérations se comblent rapidement et s'épidermisent. Le 9 octobre, la malade peut quitter le service. Toutes les lésions sont cicatrisées complètement, l'ankylose du genou est inchangée.

Pautrier ajoute : « Les lésions de la cuisse et du mollet n'étaient pas moins déconcertantes, avec l'ankylose totale du genou, ces nappes de tissu cicatriciel scléreux... Tout cela était plus en faveur de lésions de scrofuloderme que de syphilis ».

Observation VI.

(Docteurs Joulia, R. David-Chaussé et Le Coulant.)

Mme G... (Esther), âgée de 34 ans, est envoyée à l'Hôpital du Tondu le 10 septembre 1928 pour des lésions ulcéreuses de la joue droite. Il y a six mois, elle a été opérée d'une dacyocystite droite. La cicatrisation opératoire semble avoir été normale, malgré une tendance à la chéloïde. Peu de temps après, apparurent au voisinage de la cicatrice des nodules gommeux qui s'ulcérèrent et gagnèrent de proche en proche la joue jusqu'au voisinage du sillon naso-génien.

Mme G... est mariée depuis quinze ans : elle a eu cinq grossesses, dont deux terminées à terme et trois avortements.

A l'examen, le 10 septembre 1928, on constate, au-dessous de la cicatrice opératoire, que la joue est le siège d'une ulcération gommeuse à bords un peu décollés, disposés en arc de cercle, à fond jaunâtre, purulent. Le diagnostic de syphilis ulcéro-gommeuse est évident. Les ganglions de la chaîne carotidienne et de la région maxillaire sont augmentés de volume, durs et mobiles. La réaction de B.-W. est positive; ni sucre ni albumine dans les uri-

nes. La malade est soumise à un traitement par des injections intraveineuses de novarsénobenzol. Après avoir reçu cinq piqûres aux doses de 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, la malade quitte le service le 29 septembre, les lésions étant complètement cicatrisées.

Observation VII.

(Docteur Ribollet, de Cannes. — *In* thèse P.-Ad. Briquet, p. 14.)

Mlle V..., 32 ans, vient en avril 1920 nous consulter pour une vaste ulcération occupant toute la moitié gauche du nez, de l'angle de l'œil à la narine. Cette plaie a commencé, il y a quinze mois, par un petit bouton indolore qui s'ulcéra, et la lésion s'étendit peu à peu. Les médecins appelés ne firent que les traitements locaux, et un électrothérapeute la soignant comme lupus, lui fit de nombreuses séances de radiothérapie. Bien que la malade niât tout antécédent, je pensai tout de suite à une syphilis tertaire à cause des bords légèrement serpigineux et de l'évolution rapide. Quelques injections d'arsénobenzol amenèrent rapidement la guérison.

Observation VIII.

(Nicolas et Gaté. — *In* thèse P.-Ad. Briquet, p. 15.)

Mlle X..., 28 ans, atteinte de lésions tuberculo et ulcéro-croûteuses, serpigineuses du visage, est soignée comme lupique pendant quatre ans. Et sur la foi de plusieurs B.-W. négatifs, on lui fit des scarifications, des cautérisations au galvano et au thermocautère qui défigurèrent complètement la malade, très jolie auparavant. Les injections de novarsénobenzol la guérirent en quelques jours, mais, hélas ! les cicatrices indélébiles subsistaient.

Observation IX.

(Docteurs Joulia, R. David-Chaussé et Le Coulant.)

Syphilides tuberculo-ulcéreuses de l'épaule gauche.

Seb..., âgé de 37 ans, charpentier, est adressé à la consultation de la clinique le 5 octobre 1928 par son médecin pour des lésions ulcéro-gommeuses du cuir chevelu, de l'épaule et de la cuisse gauches. L'affection a débuté il y a six ans sur le membre inférieur

par un nodule qui s'est ulcéré. La lésion s'étendit rapidement en nappe puis resta stationnaire pendant trois ans. Depuis deux ans elle est cicatrisée.

Il y a quatre ou cinq ans, le malade remarqua sur l'épaule gauche, à la partie moyenne du deltoïde, une tuméfaction du volume d'une noix, qui ne tarda pas à se ramollir, puis à s'ulcérer. Peu à peu les lésions s'étendirent en surface et en profondeur. Enfin, il y a quelques mois, des ulcérations plus superficielles sont apparues sur le cuir chevelu. Sur la partie antérieure de l'aisselle droite une nouvelle gomme toute récente vient de se fistuliser.

Toutes ces manifestations ont évolué sans provoquer de douleur ni de gêne fonctionnelle, le malade n'a jamais interrompu son travail. Il a été traité jusqu'à ce jour par des pansements antiseptiques et des préparations iodées.

Dans ses antécédents, Seb... ne signale pas de maladies notables, et nie toute affection vénérienne. Il a fait son service militaire au Maroc, il est marié depuis huit ans. Sa femme n'a eu qu'une grossesse, normale, l'enfant est actuellement âgé de 6 ans et serait bien portant.

Le 6 octobre 1928, toute l'épaule gauche est occupée par un vaste placard à contours géographiques, dont le centre largement cicatrisé témoigne de la longueur de l'évolution. La bordure circinée est constituée par de petites gommes ulcérées. Sur la cuisse gauche les lésions ont guéri spontanément en laissant une cicatrice ovalaire de la surface d'une paume de main.

Au cuir chevelu, les ulcérations sont superficielles, disposées en arc de cercle. Quelques-unes sont en voie de cicatrisation.

La réaction de B.-W. est franchement positive.

Le malade est traité aussitôt par des injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Observation X.

(Docteur Lévy-Franckel, citée *in* thèse Briquet, p. 15.)

Syphilide traitée sept ans comme lupus et guérie en dix-huit jours.

A..., 32 ans, marié depuis douze ans, présente sur le dos depuis sept ans une vaste lésion cutanée papulo-croûteuse, infiltrée, qui occupe les deux tiers inférieurs du thorax. En certains points existent des ulcérations recouvertes de croûtes brunâtres et laissant suinter du pus; l'ensemble présente un aspect circiné. Depuis sept

ans, cette affection a été considérée tant en Angleterre qu'en France (le malade est Irlandais), comme lupus tuberculeux et traité comme tel. Le B.-W. est négatif, mais le novarsénobenzol (0,15, 0,30, 0,45, 0,60), amène la guérison en dix-huit jours.

Observation XI (Résumée).

(Citée dans la thèse de Husson, Paris, 1899, p. 63.)

Pseudo-lupus syphilitique.

La nommée N..., âgée de 35 ans, domestique, est hospitalisée en juin 1895 dans le service du Professeur Fournier, salle Henri-IV, lit 26.

Antécédents héréditaires. — Mère morte « de la poitrine »; père mort de paralysie.

Antécédents collatéraux. — Frère mort « de la poitrine »; trois autres frères bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis acquise, pas de stigmates de syphilis héréditaire.

A 13 ans, début de la maladie actuelle, les ailes du nez ont été envahies toutes les deux ensemble. La lésion a commencé par un bouton qui s'est recouvert d'une croûte, recouvrant elle-même une ulcération. Elle a été soignée une première fois à Saint-Louis, en 1878, par le Docteur Hilairet, qui lui a fait des scarifications et lui a donné de l'huile de foie de morue. Guérison après six mois de traitement. Il existe une cicatrice à la paroi antérieure du thorax, datant de l'enfance, la malade ne peut l'expliquer. Une amélioration est constatée après deux injections de calomel de 0 g. 05. A la quatrième injection, la guérison est presque complète. En juillet 1896, la malade est ramenée à la Société. Le traitement a été continué; on constate une amélioration extraordinaire.

Observation XII.

Citée *in* thèse Bernay, p. 100.

(Spillmann, Soc. méd. de Nancy, 12 juin 1907 : *Difficultés du diagnostic des syphilides ulcéro-tuberculeuses*).

Spillmann cite un cas de lésion ulcéro-tuberculeuse du pouce de la main droite, traitée pendant quatre ans sans résultat, et guérie par 6 injections d'huile grise.

B. — Syphilis tertiaires muqueuses.

Etudions au niveau des fosses nasales, de la bouche, du larynx et du pharynx les diverses manifestations syphilitiques qui simulent la tuberculose.

Au niveau du nez, la syphilis tertiaire revêt des formes pseudo-tuberculeuses. Lubet-Barbon, en 1905, insiste sur le fait que la syphilis, au niveau de la pituitaire, emprunte exceptionnellement le type de la gomme classique, mais prend habituellement le masque du lupus.

Aubin décrit la forme classique gommeuse lupoïde et une forme tuberculo-ulcéreuse pseudo-lupique, cause de cas de syphilis méconnues.

a) La forme classique gommeuse. — A son stade initial, peu de signes attirent l'attention du malade (obstruction nasale d'apparence banale, céphalée frontale). C'est une tuméfaction rouge vif ou rouge sombre, lisse, régulière, ferme et indolente, ne se rétractant pas sous l'influence des vaso-constricteurs habituels. Elle respecte la portion cartilagineuse de la cloison, donne à l'œil l'impression d'un hématome; sur le cornet inférieur, elle simule une hypertrophie simple. A la période d'ulcération gommeuse, on nous représente celle-ci avec des bords taillés à pic, à l'emporte-pièce, réalisant une ulcération de pourtour infiltré, circulaire, ou en fente allongée dans le sens antéro-postérieur; le fond serait jaunâtre, bourbillonneux, irrégulier. Or elle ne se présente pour ainsi dire jamais ainsi, elle est presque toujours lupoïde. Dans la majorité des cas, l'ulcération est mal circonscrite, ses bords n'ont pas de limites précises, ne sont pas soulevables par le stylet. Une bordure rouge circonscrit un fond d'ulcération mamelonné, muriforme, bourgeonnant et saignant facilement. L'aspect est celui du lupus, sa torpidité est moindre, car l'ulcération se constitue rapidement; la tuberculose, au contraire, met des mois à réaliser ce que la syphilis réalise en quelques jours.

Cette ulcération peut siéger sur le cornet inférieur, soit sur la partie osseuse de la cloison, point d'élection de la syphilis tertiaire.

En plus des signes locaux, on retrouve la douleur spontanée ou provoquée et l'empâtement par infiltration des téguments de la pyramide nasale.

Il existe une forme ostéo-cartilagineuse de la tuberculose qui reproduit un pareil tableau (Bourgeois, Hautant et Mlle Zimmer), mais les cas en sont très exceptionnels.

b) La forme tuberculo-ulcéreuse pseudo-lupique. — Pour Aubin, elle paraît très fréquente. « Le défaut de statistique, dit-il, nous empêche de la mettre en parallèle, à cet égard, avec la forme classique; mais si l'on veut bien considérer que nombre de cas restent méconnus parce qu'étiquetés lupus et indéfiniment traités comme tels, l'on est conduit à penser qu'elle est peut-être aussi commune que cette forme et à lui reconnaître la place qu'elle mérite dans la description classique du tertiarisme nasal. »

Aspect clinique : 1° *Période préulcéreuse.* — Le début est très lent. Une fosse nasale devient sèche et est le siège d'une légère obstruction nasale. La pituitaire est un peu rouge, de surface irrégulière en raison de la présence de tubercules rouge foncé de grosseur variant d'une tête d'épingle à un grain de blé. Cet aspect est net sur la cloison, et difficile à apprécier sur les cornets. Au bout de deux mois et demi environ, la période d'état est créée.

2° *Période d'ulcération.* — Le trépied classique : nez gros, bouché et douloureux, n'existe pas. Pas de déformation de l'auvent nasal, aucune douleur à sa pression. L'obstruction nasale légère et permanente, avec jetage muco-purulent d'abondance moyenne, a une apparence banale. Bref, symptomatologie fonctionnelle identique à celle du lupus.

A l'examen rhinoscopique, on trouve une ou plusieurs ulcérations pouvant siéger en tous points des fosses nasales. Cependant, leur siège de prédilection est la tête du cornet inférieur ou la portion cartilagineuse de la cloison, à l'exclu-

sion de la portion osseuse; « à l'encontre de ce que l'on observe dans le tertiarisme nasal classique, le cartilage est donc intéressé comme dans le lupus ». Les caractères de ces ulcérations sont ceux du lupus : bords imprécis, irréguliers ou polycycliques, avec zone plus ou moins large d'infiltration discrète, mais incontestable de la sous-muqueuse, avec rougeur de la muqueuse. Cette infiltration peut gagner les téguments de la pyramide nasale au niveau de l'aile du nez ou de l'auvent osseux, appréciable au palper ou au pincement. Le bourgeonnement du fond de l'ulcération rose ou rougeâtre est plus rouge, plus vascularisé, moins atone en un mot que celui du lupus. Constitué par la juxtaposition de bourgeons de dimension moyenne d'une grosse tête d'épingle, séparés les uns des autres par des sillons peu profonds, il reproduit exactement l'aspect de l'infiltration mamelonnée du lupus de la pituitaire; nous ne l'avons jamais vu exubérant ou végétant; il est légèrement excavé ou tout au plus de plein pied avec les tissus sains qui l'entourent.

L'ulcération est généralement humide et parfois recouverte de croûtelles. Enfin, la perception d'un contact osseux au stylet, si caractéristique de la syphilis nasale, nous a paru en défaut dans cette forme pseudo-lupique.

Il faut rechercher soigneusement les signes révélateurs de la syphilis, discrets, à peine ébauchés : syphilides tuberculeuses isolées ou groupées en placard ou en nappe, pouvant siéger simultanément sur la pyramide nasale et les régions voisines. Les tubercules syphilitiques qui les constituent ont tous leurs caractères typiques, nets, de même que les ulcérations et les croûtes. Ces signes conduisent à rechercher la réaction de B.-W.; un traitement d'épreuve probant met la syphilis en évidence.

Pour Aubin, le substratum anatomo-pathologique de cette forme pseudo-lupique est un tubercule syphilitique à évolution lente, qui reste strictement muqueux, n'atteignant pas la sous-muqueuse et l'hypoderme. Ce qui explique pourquoi l'os n'étant jamais mis à nu, le stylet explorateur ne peut

pas percevoir le contact osseux : signe pathognomonique des autres formes de syphilis nasale. Les caractères du tubercule syphilitique sont ceux qui ont été décrits, nous n'y reviendrons pas.

La syphilide tuberculo-ulcéreuse évolue lentement et en surface uniquement, la cloison reste toujours intacte; seule le cornet inférieur disparaît progressivement, bien qu'il ne soit jamais atteint d'ostéite proprement dite. Les dégâts causés par les tubercules développés sur les téguments de la pyramide nasale sont beaucoup plus importants; en quelques jours, s'établissent des déformations considérables.

Au niveau des lèvres, les syphilides tuberculo-croûteuses, tuberculo-ulcéreuse, peuvent être confondues avec le lupus.

Au niveau de la langue, les lésions syphilitiques tertiaires sont d'un diagnostic délicat avec les ulcérations de nature tuberculeuses.

L'aspect objectif des lésions fournit les caractères différentiels suivants : l'ulcère tuberculeux est plus superficiel que l'ulcère gommeux, sa base est souple, ses bords sont déchiquetés, flottants; il peut siéger à la partie inférieure de la langue (localisation bien rare de la gomme), il peut coexister avec des points jaunes de Trélat. D'autre part, l'ulcère tuberculeux est beaucoup plus douloureux que l'ulcère gommeux. Le malade est fréquemment un tuberculeux pulmonaire, sa lésion linguale est une localisation secondaire. De plus, le traitement spécifique reste sans action sur l'ulcère tuberculeux.

Au niveau du larynx, la syphilis revêt aussi des formes pseudo-tuberculeuses. Elles ont été parfaitement étudiées par Henry Proby.

On sait que la tuberculose du larynx peut se classer en trois formes (Collet) : la forme végétante simple, qui reste stationnaire, sans s'ulcérer, ou au contraire se creuse; la forme hypertrophique et la forme en tumeur, remarquables par leur faible tendance à l'ulcération qui peut manquer ou ne s'observer qu'en des points circonscrits.

Si l'on met en parallèle les formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis, on trouve :

1° La *forme végétante*, siégeant le plus souvent à la commissure simulant une forme classique et particulière de la tuberculose laryngée, appelée au début : aspect velvétique, puis végétation interaryténoïdienne;

2° La *forme hypertrophique ou ulcéro-végétante*, avec d'énormes végétations boursouflant l'épiglotte ulcérée sur les deux faces, provoquant une dysphagie atroce et pouvant se développer comme dans une observation de Proby, chez un malade tuberculeux pulmonaire avec bacilles de Koch dans l'expectoration;

3° La *forme pseudo-lupique* existe dans le larynx : ulcérations multiples dont le fond est constitué « par la juxtaposition de petits bourgeons rouges, dont le diamètre va d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé »; les bords sont irréguliers;

4° La *forme pseudo-granulique* : forme d'invasion brutale, « septicémie syphilitique ». Une observation d'Aubin et Maduro signale une ulcération occupant la paroi postérieure du laryngo-pharynx atteignant le larynx et « formée par la confluence de gommes miliaires ayant l'aspect de minuscules granulations jaunâtres entourées d'une zone rouge. »

Proby signale que la syphilis hypertrophique ulcéro-végétante de l'épiglotte simule en tous points, par son allure clinique, la dysphagie et l'amaigrissement qu'elle provoque, la forme analogue de tuberculose laryngée. L'évolution seule diffère. L'examen histologique ne fournit que des présomptions et non des précisions.

La syphilis tertiaire du pharynx évolue sous la forme ulcéro-gommeuse classique. Mais il existe des cas atypiques à forme pseudo-tuberculeuse. Les uns revêtent la forme pseudo-lupique. C'est la simulation du lupus avec une « perfection telle que l'erreur de diagnostic est à peu près inévitable » (Aubin et Maduro), si l'on ne recherche pas les

antécédents du malade et son B.-W.; les autres prennent l'allure d'une tuberculose miliaire, forme pseudo-granulique, désignée sous le nom de maladie d'Isambert, à forme lente, caractérisée par des ulcérations siégeant au niveau de la paroi postérieure du pharynx. Elles sont multiples, erratiques, survenant par poussées successives et constituées par la confluence de gommes miliaires qui se présentent sous l'aspect de minuscules granulations jaunâtres de la dimension d'un grain de semoule, aréolé d'une petite zone d'infiltration rouge vif.

Citons plusieurs observations de syphilis muqueuses.

Observation XIII (Inédite).

Syphilis tertiaire du nez longtemps méconnue.

Mme P... (Marie-Louise), âgée de 24 ans, ménagère, demeurant à L... (Gironde), vient en consultation à la Clinique dermatologique en 1928.

Antécédents personnels. — Mariée en 1922 : Premier enfant mort de convulsions âgé de 8 mois; deuxième enfant vivant et âgé de 2 ans; une fausse couche de 3 mois 1/2 en juillet 1927.

Histoire de la maladie. — En 1924, la malade présentait une obstruction nasale attribuée à un coryza chronique et mouchait des croûtelles verdâtres. C'est à la suite d'un examen du nez que l'attention fut attirée vers le diagnostic de syphilis. Les docteurs Ducatteau et Colleville examinèrent la malade en juillet 1924 et conclurent ainsi :

« Du côté des yeux, kérato-conjonctivite phlycténulaire ayant pour origine une lésion nasale et pharyngée. Du côté du nez, à la rhinoscopie antérieure, on constate que les deux narines sont tapissées de croûtes verdâtres adhérant profondément à la muqueuse : rhinite ozéneuse, mais absence relative de fétidité, ulcérations marquées qui sont en faveur d'une syphilis tertiaire. B.-W. très positif, ce qui confirme cette hypothèse. On se trouve donc en présence d'une syphilis nasale en évolution : syphilis ancienne, soit contractée dans le jeune âge, soit héréditaire. »

Dès que ce diagnostic de syphilis tertiaire du nez fut établi, la

malade reçut un traitement. Ce furent : d'abord, à Douai, en 1924, quatre séries de bismuth (Quinby); ensuite, en 1925, à Paris, du novarsénobenzol, assez mal supporté, du bismuth de nouveau (deux séries de muthanol) en 1926, et du cyanure de mercure.

En 1928, elle vient à la consultation de M. le Professeur Petges. Du 16 mars au 4 juin, elle est traitée par du sulfarsénol. Mais, le 4 juillet 1928, son B.-W. est encore fortement positif. Une stomatite suivie d'intolérance (vertiges, bourdonnements d'oreille) interrompt le 31 août une série de muthanol, remplacé, du 7 au 28 septembre, par du sulfarsénol. Le 26 octobre 1928, la malade est adressée, pour examen d'oreille interne, à M. le Professeur Portmann, qui diagnostique une labyrinthite syphilitique. Il demande qu'une ponction lombaire soit faite, et que la malade soit traitée par du sulfarsénol à doses progressives.

La ponction lombaire, pratiquée le 29 octobre 1928, à l'Hôpital du Tondu, donne les résultats suivants : tension normale, liquide clair, eau de roche. Albumine, 0 g. 28; sucre, 0 g. 45; chlorures, 7 g. 32. Lymphocytose nulle (quelques rares lymphocytes dans le culot de centrifugation). B.-W., dans le liquide céphalo-rachidien, négatif. Pas de bactéries; la recherche du bacille de Koch a été négative.

Après une nouvelle série de traitement : sulfarsénol, sirop de Gibert, muthanol, le 29 octobre 1929, la surdité a presque complètement disparu; la malade entend très bien quand on parle doucement. Elle a encore quelques vertiges à la fatigue.

Série de sulfarsénol du 8 octobre 1929 au 20 janvier 1930. Signalons que la réaction de B.-W. de cette malade se maintint positive pendant les années 1930-1931-1932, jusqu'au 8 novembre 1932, où elle est négative, ainsi que la réaction de Meinicke, et cela parce que la malade venait d'une façon très irrégulière, faisant trop durer le temps de chaque série de médicaments.

Observation XIV.

(Professeur Fournier, citée par Tournier, dans sa thèse.)

Lésion tuberculo-croûteuse de la lèvre supérieure, prise pour un lupus, traitée par scarifications; guérison. Récidive *in situ*, aspect en demi-cercle parfait. Traitement spécifique et guérison définitive.

Observation XV (Inédite; résumée).

B... (Albert), âgé de 57 ans, cordonnier, demeurant près du Pont-de-la-Maye, vient à la consultation de M. le Professeur Petges pour des lésions de sclérose linguale datant de douze ans mais ayant subi une évolution plus rapide depuis trois ans.

A l'examen, le 12 janvier 1934 : malade amaigri, en très mauvais état général, teint terreux, joues creuses, arcades zygomatiques saillantes; le malade, épuisé par la conversation, présente une aphonie intermittente, tousse et crache fréquemment.

Sa langue, hypertrophiée dans son ensemble, est sillonnée de fissures blanchâtres, profondes, séparant des nodules saillants, durs, rougeâtres. Quelques-unes présentent des ulcérations cratériformes, peu douloureuses au toucher, inégalement tapissées d'un enduit pultacé. En faisant tirer la langue au malade, on voit que ces gommes, en réalité, existent jusque sur la base de la langue. De plus, elle est infiltrée dans sa profondeur et dure au palper. Dentition en très mauvais état. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas augmentés de volume.

Aucun antécédent vénérien avoué. L'auscultation des poumons permet d'entendre un murmure vésiculaire rude sur toute l'étendue de l'aire pulmonaire et de localiser plusieurs foyers de spélunques. Rien au cœur; deuxième bruit aortique clangoreux. Le malade, amputé de la cuisse droite en son tiers inférieur, présentait au pied gauche un mal perforant plantaire siégeant sous la tête du 5e métatarsien. Voici le résultat des réactions sérologiques : Hecht, ++; Meinicke, +; Kahn, ++; Vernes, péréthynol, 0; Vernes, résorcine, 88.

Examen bactériologique des crachats : Présence de bacilles de Koch.

Voici donc un malade tuberculeux avancé, qui présentait en même temps une syphilis tertiaire linguale à forme sclérogommeuse, qui fut méconnue pendant douze ans. Il est logique de penser que ces lésions linguales avaient présenté une aggravation dans les derniers temps sous l'influence du bacille de Koch qui existait dans la salive de ce malade.

Au niveau du palais, la syphilis peut simuler un lupus.

Observation XVI.

(Due à M. le Docteur R. Rendu, de Lyon; in *Arch. internat. de laryngologie*, p. 1254, déc. 1930.)

Syphilis du voile du palais d'aspect lupique méconnue.

J'ai observé il y a quelques années une femme de 30 à 35 ans, qui présentait des lésions d'aspect lupique du voile du palais, avec perforation de 2 millimètres environ de diamètre. Cette malade avait été soignée par un de mes confrères pendant plusieurs mois au moyen de badigeonnages d'acide lactique : le résultat avait été nul. Malgré l'aspect lupique des lésions, je tentais un traitement iodo-ioduré intensif qui amena la guérison en deux semaines environ. Etant donné l'action nocive bien connue de l'iodure de potassium à haute dose sur la tuberculose, il y a lieu d'admettre la nature spécifique de ces manifestations lupiformes, en vertu du vieil aphorisme : *naturam moborum ostendunt curationes.*

Observation XVII (Résumée).

(MM. Aubin et Muduro, in *Arch. intern. de laryng.*, déc. 1930, p. 1250.)

Syphilis méconnue pendant dix mois. — Tertiarisme pharyngien à forme pseudo-granulique.

Ch..., 38 ans, vient consulter le Docteur Lemaître, à l'Hôpital Saint-Louis, pour des ulcérations assez douloureuses, qui sont apparues au niveau de son pharynx huit mois plus tôt et qui, depuis ce temps, se sont montrées rebelles à tout traitement. Pas de fièvre, pas de retentissement appréciable sur l'état général.

Examen objectif. — Existence de plusieurs ulcérations disséminées sur la totalité du pharynx, sur les deux faces du voile, et sur les piliers. Leurs dimensions sont variables; les unes sont minuscules arrondies, ou fissuraires, les autres atteignent la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Elles sont toutes superficielles, pas ou peu bourgeonnantes, pâles, blanchâtres; leurs bords sont irréguliers, sinueux, minces, légèrement décollés; le pourtour est un peu plus rouge que le reste de la muqueuse, qui est de colo-

ration normale. Présence au milieu de ces aréoles inflammatoires de petites saillies nodulaires jaunâtres bien visibles sous la muqueuse, qu'elles soulèvent. Rien dans cet état objectif des lésions ne fait penser à la syphilis; rien dans les antécédents, et B.-W. négatif. On pose le diagnostic de tuberculose pharyngée à forme miliaire subaiguë, qui ne paraît pas douteuse malgré l'intégrité des poumons et l'absence de bacilles de Koch dans les crachats.

Traitement. — Plusieurs séances d'attouchement des lésions à l'acide lactique; aucune amélioration. On remplace ces attouchements par des galvano-cautérisations; les ulcérations semblent diminuer rapidement, plusieurs disparaissent complètement, les autres régressent de façon notable; on croit pouvoir guérir ainsi le malade, lorsqu'au bout d'un mois on constate la réapparition de nouvelles ulcérations rapidement extensives.

On abandonne alors la galvano-cautérisation pour la diathermo-coagulation. Il existe à ce moment une vaste ulcération de la paroi postérieure du pharynx buccal, une ulcération plus petite du pilier postérieur droit et une autre enfin sur la face antérieure du voile; encoche profonde à l'insertion de la luette sur son bord gauche, créée par une perte de substance cicatrisée (lésion récemment traitée au galvano-cautère). A l'examen laryngoscopique, existence d'une autre ulcération occupant la paroi postérieure du laryngo-pharynx.

La première séance de coagulation (Dr R...), assez pénible pour le patient, est suivie d'une réaction douloureuse pendant plusieurs jours, avec dysphagie prononcée. On constate quinze jours plus tard l'éclosion de nouvelles ulcérations, en particulier sur la paroi postérieure du rhino-pharynx et sur la face postérieure du voile. Diathermo-coagulation poursuivie pendant plusieurs mois, amenant la disparition des accidents accessibles, mais une sécrétion muco-purulente très gênante pour le malade continue de s'écouler du cavum; elle est entretenue par l'ulcération de la face postérieure du voile, qui persiste et gagne même en profondeur.

L'été étant arrivé, le malade quitte Paris pour faire une saison en montagne. En septembre 1928, il écrit au docteur R... qu'un confrère, après échec d'une nouvelle série de galvano-cautérisation, a institué un traitement par l'acétylarsan : les deux premières injections ont amené une amélioration considérable, et tout avait disparu dès la cinquième injection.

Le malade est revenu en octobre complètement guéri; il ne reste plus, comme témoin de ses lésions passées, qu'une perte de substanc cicatricielle de la moitié gauche du bord libre du voile.

Remarquons, à propos de cette syphilis tertiaire pharyngée imitant la maladie d'Isambert à forme lente, qu'elle n'atteint pas l'état général, ne s'accompagne pas de fièvre ni d'adénopathie, comme la tuberculose. Toutefois, dans la syphilis tertiaire pharyngée, on peut trouver une adénopathie concomitante, phénomène anormal, mais signalé par Nicolas, Massia, Gaté et Pillon, *in* article de Rebattu, Gaté, Charpy et P. Cuilleret : *Gommes syphilitiques multiples du pharynx à type d'ulcérations chancriformes de Vincent* (*Bull. Soc. franç. dermat. et syph.*, n° 38, p. 273).

Les cas d'hybrides de syphilis tertiaire et de lupus sont très rares : 1 cas sur 10.000 (Arlet). Ils existent : la preuve en est fournie par la dissociation clinique qui se produit sous l'influence du traitement. « Il détermine une amélioration marquée qui cesse du moment où l'infiltrat a pris l'apparence clinique du lupus typique. » (Arlet.) Les opinions des auteurs : Leloir, Longin, Canuyt, Arlet, Saint-Cyr, sont concordantes sur ce point. Cependant, Spillmann pense que les effets du traitement spécifique se font aussi sentir sur les lésions lupiques vraies, dont ils modifient heureusement les tendances : « Pour ma part, je suis convaincu qu'on aurait grand tort de se baser uniquement sur une négativité sérologique pour rejeter complètement l'hypothèse possible d'une syphilis méconnue; il n'est pas impossible que l'aspect syphiloïde des lésions (du bras) traduise l'existence d'un terrain syphilitique susceptible d'être modifié par un traitement approprié, capable à son tour de réagir favorablement sur l'évolution des lupomes cutanés. »

Nous conclurons ce chapitre du diagnostic de la syphilis tertiaire et du lupus en insistant sur ce fait : qu'on doit utiliser toutes les ressources que nous offrent un examen bien conduit, ne dédaigner aucun procédé de laboratoire, et, parfois, tenter le traitement d'épreuve.

Observation XVIII.

(Rapportée par MM. Louste, Lévy-Franckel et Cailliau.)

L..., âgé de 43 ans, vient consulter le 21 février 1931 pour un large placard rouge sombre infiltré recouvert de croûtes épaisses recouvrant le nez, les joues, la lèvre supérieure, et évoluant depuis plusieurs mois. Cette lésion, de forme générale circinée, indolore, ne présente aucune tendance à l'ulcération, et en aucun point la vitro-pression ne permet de déceler de lupomes. Malgré un B.-W. négatif, le malade, qui nie toute syphilis, est mis au traitement spécifique, la lésion reproduisant d'une façon typique l'aspect de syphilome en nappe.

Le traitement (N. A. B., 2 g. 25; curalues, 13 injections de 2 cm^3; CyHg, 14 cg., KI) n'amène aucune modification de la lésion. Une biopsie, faite le 20 juin, montre un épiderme aminci, l'envahissement de la zone papillaire et du derme moyen par de nombreux nodules tuberculeux confluents avec follicules conglomérés. L'appareil glandulaire est infiltré de nombreux petits nodules.

Il nous a paru intéressant de présenter ce malade, qui prouve que, s'il y a des syphilides lupoïdes, il y a aussi des lupus à types de syphilomes.

II. — *Diagnostic différentiel des syphilis tertiaires cutanées avec les sarcoïdes.*

Darier considère les sarcoïdes comme un syndrome représentant les réactions d'un même type général, provoquées dans l'organisme par des causes multiples et notamment par des infections diverses.

La preuve thérapeutique (Nicolas, Ravaut, Pautrier, Laplane) a permis dans certains cas d'attribuer aux sarcoïdes une étiologie spécifique. C'est pourquoi le diagnostic différentiel des lésions tertiaires est à faire avec les sarcoïdes. Parmi celles-ci, les sarcoïdes cutanées de Bœck qui revêtent divers aspects : lupoïdes miliaires, disséminées de Darier et lupoïdes tuberculeuses à gros placards, sont à différencier

des syphilides tuberculeuses en nappe. Les sarcoïdes hypodermiques de Darier, Roussy, posent un diagnostic différentiel avec les gommes et les syphilomes tertiaires.

Par un examen clinique soigneux, on étudiera la morphologie des lésions; les antécédents spécifiques et bacillaires, s'ils existent, seront notés; on recherchera la réaction de Bordet-Wassermann, les réactions de floculation de Vernes au péréthynol et à la résorcine.

Le traitement d'épreuve enfin, et surtout sa rapidité d'action, assureront le diagnostic. Pautrier et Zimmerlin (*Bull. Soc. dermat.*, R. S., 10 juill. 1931) ont rapporté un cas de sarcoïdes hypodermique de la région scapulaire guérie par le novar, de même que Watrin, Rœderer et Diss. Nicolas, Griveaud et Lebœuf citent le cas d'un sujet tuberculeux pulmonaire certain atteint d'une éruption à type de tuberculide et chez lequel les réactions sérologiques très positives venaient compliquer le diagnostic. Les auteurs restant sur une prudente réserve concluaient ainsi : « S'agit-il de tuberculides sur un terrain syphilitique, ou de syphilides chez un tuberculeux? ».

Citons une observation dont les auteurs : MM. Gate, Michel et Thévenon, ont pu faire la preuve formelle de la nature syphilitique de sarcoïde hypodermique.

Observation XIX (Résumée).

X..., 65 ans, se présente à la consultation, en juin 1932, pour des lésions apparues depuis un an environ. Il s'agit de tuméfactions développées dans l'hypoderme au niveau de la région cervicale et de l'avant-bras gauche. Elles sont arrondies ou ovalaires, du volume d'une noix, assez bien limitées, de consistance rénitente, absolument indolentes, adhérentes en certains points aux téguments, qui ont pris une teinte rouge violacé, un peu livide. Au niveau du cou, elles occupent la moitié droite et sont au nombre de trois. Il existe en effet dans la région sous-maxillaire droite une tuméfaction à propos de laquelle on peut hésiter et se demander s'il ne s'agit pas d'adénopathie. Une des lésions de la région cer-

vicale s'est ulcérée à un certain moment, mais la cicatrisation s'est produite assez rapidement. Au niveau de l'avant-bras gauche, les tuméfactions occupent surtout le bord externe, qui est considérablement déformé. Aucune autre lésion sur le reste des téguments. Cette malade a eu jusqu'ici une santé parfaite et l'examen somatique est absolument négatif. Le B.-W. s'est montré très positif. Soucieux d'établir par l'épreuve du traitement l'étiologie exacte de ces accidents, nous avons institué chez elle une cure d'injections de CyHg intraveineuses, en nous abstenant de toute thérapeutique bismuthique, arsénicale ou iodurée. Le résultat a dépassé nos espérances, et, au bout de quinze jours, les tuméfactions avaient complètement disparu.

Observation XX (Résumée).

(Rapportée par MM. Gaté et Roussèt dans les *Annales des maladies vénériennes*, mai 1928, p. 321-329.)

B... (Etienne), 50 ans, vient à la consultation des Chazeaux (Dr Gaté), en mai 1928, pour une tuméfaction lombaire gauche cutanée et des ulcérations sternales actuellement guéries; nie la syphilis; rien de saillant dans les antécédents. Pas de notion de tuberculose à aucun moment. Les lésions ont apparu en pleine santé, il y a huit mois; lésions sternales grosses comme des noisettes, qui se fistulisent et donnent issue à un liquide purulent, puis guérissent. A la suite, douleurs lombaires avec apparition de grosseurs douloureuses. A l'examen, on constate des cicatrices à la région sternale. Au niveau de la région lombaire gauche, sur une étendue de deux paumes de main, on voit un placard érythémateux, avec intervalles de peau saine. A la palpation, placard dur, indépendant des plans profonds, constitué par des tuméfactions diffuses hypodermiques. Pas de ganglions, on peut soupçonner la syphilis.

Examens de laboratoires : Ponctions sans résultats. B.-W., très positif; Hech, positif; Vernes, 57; séro-diagnostic tuberculeux d'Arloing et P. Courmont, + 20; déviation du complément pour tuberculose, +1+2+3.

Biopsie pratiquée dans la masse lombaire a donné les résultats suivants (Dr Massia) : les coupes montrent que l'épiderme et les couches superficielles du derme sont normales, sans trace d'infiltration; mais dans l'épiderme on trouve en certains points, au

milieu de trousseaux fibro-élastiques et des cellules graisseuses, des amas d'infiltration assez dense, irréguliers, avec nodules circonscrits. Cette infiltration est constituée par de petites cellules rondes de cellules conjonctives et d'un nombre appréciable de plasmocytes; on ne voit guère de cellules épithélioïdes, mais de nombreuses cellules géantes. Les vaisseaux assez nombreux sont plus ou moins envahis par l'inflammation. Pas de points nécrotiques. En somme, lésions inflammatoires chroniques, tuberculeuses ou syphilitiques. L'absence de zone nécrotique et la présence de plasmocytes peut faire penser plus volontiers à la syphilis.

Le malade, traité par le novar, en juin 1928, voit ses lésions s'améliorer rapidement; le malade, revu au mois d'août, présente encore une tuméfaction profonde, très minime.

Il s'agirait là d'une sarcoïde du type Darier-Roussy, d'origine syphilitique.

Observation XXI (Résumée).

(Rapportée par MM. Nicolas, Massia et Pétouraud, in *Journal de médecine de Lyon*, 1933, p. 301.)

G... entre à la Clinique dermatologique en juin 1927. Sarcoïdes de Bœck multiples du visage. Malade à syphilis connue.

Examen histologique d'une biopsie : L'épiderme est assez aplati par l'infiltration sous-jacente; les papilles ont disparu. Au-dessous, placards d'infiltration denses, avec nodules à cellules épithélioïdes et cellules géantes. L'infiltration est mixte, à plasmocytes et lymphocytes. Les vaisseaux sont très modifiés, souvent envahis par l'inflammation et thrombosés. A la périphérie des lésions : manchons inflammatoires périvasculaires bien nets. Quelques points à tendance nécrotique. La rapidité du traitement a montré dans ce cas qu'il s'agissait de lésions de sarcoïdes syphilitiques.

Pautrier, à propos d'observations de sarcoïdes syphilitiques publiées dans les *Annales de dermatologie* de juin 1914, montre qu'il existe tous les intermédiaires entre les sarcoïdes type Darier et Roussy, et les érythèmes indurés de Bazin, et que, s'il est de règle que celles-là n'aboutissent pas à la nécrose, ceux-ci, au contraire, peuvent assez souvent s'ouvrir à l'extérieur.

« Imitant la gomme crue, l'érythème induré de Bazin est

parfois l'objet de cruelles perplexités (Barthélemy) : Il siège aux jambes chez les jeunes filles, sur un fond lymphatique d'infiltration avec cyanose facile. Ces éléments... ont le même aspect objectif que les sarcoïdes hypodermiques. Il arrive que ces pseudo-gommes s'ulcèrent, sans fonte véritable d'ailleurs, mais en donnant des plaies rondes, creuses, atones et rebelles, à différencier des ulcères gommeux. » La rapidité d'action du traitement antisyphilitique assurera dans ce cas la différenciation.

Gougerot a montré que les nodules d'enkystement des corps étrangers (injections), réalisent un type de sarcoïdes.

Gougerot et Filliol, Syphilis gomme post-traumatique après injections sous-cutanées de caféine, *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syph.*, 1933, ont rapporté un nouvel exemple médicamenteux éveillant et localisant par son traumatisme, et peut-être par son escarre clinique, une syphilis latente.

De même, Lortat-Jacob rapporte l'observation suivante :

Observation XXII.

Jeune femme qui s'était fait faire au bras des injections d'un extrait glycériné ovarien. Après 12 injections, il se développa au point des piqûres un placard nodulaire, infiltré, violacé, qui donna issue par plusieurs petits pertuis à un liquide filtrant jaune. Le B.-W. était positif; la lésion guérit rapidement par l'application d'emplâtre de Vigo.

Lortat-Jacob fait remarquer qu'on se trouvait en présence d'une spécificité qui, à propos d'injections d'extrait glycériné, fit un nodule gommeux. « A remarquer toutefois que ces nodules peuvent survenir en dehors de toute spécificité lorsqu'on injecte un extrait glycériné. Il me paraît utile dans tous ces cas de rechercher l'éventualité d'une syphilis latente. » (Lortat-Jacob.)

III. — *Avec la lèpre*

A. — Diagnostic differentiel entre les lésions tertiaires cutanées et les lésions lépreuses cutanées.

Examinons tout d'abord les *similitudes* qui existent entre la forme tuberculeuse de la lèpre et les manifestations syphilitiques tertiaires. Nous savons que la lèpre systématisée, tégumentaire ou tuberculeuse, se manifeste par des macules de dimensions variables, arrondies, quelquefois limitées par des arcs de cercle, de couleur rouge, qui sont sans relief primitivement, puis s'exhaussent avec le temps et forment des sortes d'arceaux avec épaississement du derme. Des syphilides érythémateuses ont pu être cataloguées léprides, ainsi que nous le verrons dans deux observations; et pourtant, que de différences! Les macules sont lisses, douces et grasses au toucher, les syphilides sont sèches, squameuses ou croûteuses; leurs cicatrices mêmes, à peau fine, ont d'autres caractères, et il existe toujours un certain degré d'infiltration profonde dans la syphilis. De plus, la dissémination des macules, généralisables sur toute la surface des téguments, est un autre caractère à opposer à celui de la limitation à une région des syphilides (nous verrons cependant une observation de syphilis tertiaire généralisée). Les taches pigmentées hyperchromiques et hypochromiques se rencontrent dans la syphilis et dans la lèpre (Dr Zambaco, Communication de novembre 1896 à la Société de dermatologie, *in* thèse Cormier).

Le vitiligo gravior offre des ressemblances avec le vitiligo de nature spécifique et les syphilides pigmentaires. Lorsque les tubercules lépreux ont fait leur apparition sur les macules ou ont apparu en dehors d'elles, on peut hésiter avec des syphilides tuberculeuses. Mais ces tubercules lépreux n'ont pas la dureté des tubercules syphilitiques, ils ont une con-

sistance mollasse, à la fois dure et élastique comme les lipomes. De plus, ils n'affectent pas dans leur répartition de ces dispositions en fer à cheval, en circinations.

Cependant, agminés, ils réalisent des placards lupoïdes (exemple dans une observation) ou syphiloïdes (Darier).

Les lépromes en nappe réalisent, au cours de leur évolution, un type de gommes lépreuses ou d'infiltrations gommeuses, avec lequel on pourrait confondre les syphilides scléro-gommeuses. Au niveau du visage, les lépromes circonscrits ou nodules hypodermiques qui déforment la partie périorbitaire et nasale peuvent être simulés par des tubercules syphilitiques et un état d'infiltration qui réalisent le facies léonin (une observation).

Les douleurs ostéocopes existent dans la lèpre et se retrouvent dans la syphilis, mais alors elles indiquent une ostéite profonde, qui est rare dans la lèpre. « Les ulcères de jambe s'observent vastes ou peu étendus dans la lèpre et ressemblent étonnamment aux ulcères syphilitiques. » (Cormier). Entre les différents maux perforants plantaires, la similitude est parfaite, seule leur origine est différente.

Après avoir montré les similitudes, voici les *éléments essentiels du diagnostic différentiel* entre la lèpre et la syphilis tertiaire.

Il existe au niveau de toutes les lésions lépreuses cutanées ou muqueuses des troubles de la sensibilité; au début, c'est une thermo-analgésie; ensuite, c'est une insensibilité au tact, puis à la douleur, puis osseuse profonde. Le diagnostic de lèpre se fait avec une épingle. Les lésions lépreuses sont polymorphes, n'affectent pas de dispositions circinées ou polycycliques ou en fer à cheval; leur distribution ne se limite pas à un certain territoire cutané; elles progressent d'une façon continue. « Les guérisons spontanées ne se voient guère. » (Cormier.) On peut trouver des ulcérations à type gommeux, entourées de zones d'infiltration, on peut ne pas trouver de lésions nodulaires typiques.

L'adénopathie rare ou inexistante dans la syphilis tertiaire existe d'une façon constante dans la lèpre.

En dehors de ces caractères généraux, l'interrogatoire précisera le mode de début des accidents, les antécédents syphilitiques, s'ils existent. L'examen clinique recherchera les « stigmates » permanents de la lèpre (Darier), notamment les signes nerveux, l'alopécie sourcilière. Mais la preuve absolue sera fournie par la présence des bacilles de Hansen après biopsie d'une macule ou d'un tubercule, ou ponction d'un ganglion. On pourra également examiner le produit de raclage de la muqueuse nasale, ou un fragment de nerf atteint; celui-ci, dans ce cas, est augmenté de volume et est facilement repérable. Au niveau du plexus cervical superficiel, l'opération est facile et indolore.

Nous avons vu que la réaction de B.-W. est souvent positive chez les lépreux; la réaction de Vernes au péréthynol nous fournira un moyen de discrimination. Enfin, dans le doute, le traitement d'épreuve, inefficace dans la lèpre, sera encore un élément de différenciation.

Les observations suivantes relatent des cas de syphilis tertiaires méconnues, prises pour des cas de lèpre tuberculeuse.

Observation XXIII.

(G. Weill, de Metz.)

Syphilis tertiaire généralisée.

... Il est d'une notion courante que les lésions de la syphilis tertiaire sont entre autres caractérisées par leur étendue limitée. Le cas suivant forme une exception des plus éclatantes à cette règle.

En novembre 1925, je suis appelé en consultation auprès d'une femme de 40 ans que le médecin traitant supposait être atteinte de lèpre. La maladie avait débuté, il y a deux ans et demi, sur une jambe. Jamais de fausse couche. Elle a eu huit enfants, dont quatre sont vivants et se portent bien. Je constate que tout le corps est envahi par des plaques de coloration cuivrée ou brunâtre, très infiltrées et de contours polycycliques. Au niveau de ces plaques, mais aussi en dehors d'elles, on remarque des tuber-

cules de la grosseur d'une petite cerise jusqu'à celle d'une noix. C'est surtout sur les extrémités et la figure qu'on les rencontre en grand nombre. En voyant le nez fortement infiltré, les lèvres tuméfiées et toute la figure dans un état bosselé très prononcé, on pouvait penser au faciès léonin de la lèpre. Mais un examen plus approfondi de la malade permit vite d'exclure cette hypothèse (pas de zones anesthésiques, pas de névrite, etc.). Il ne restait donc plus guère en ligne de compte qu'une forme généralisée de syphilis tertiaire, et le B.-W. fait aussitôt (fortement positif), ainsi que la disparition complète de toutes les lésions après un traitement au novarsénobenzol, confirmaient ce diagnostic. L'examen général de la malade n'a fait ressortir comme anormales qu'une hypertrophie du foie, ainsi que la présence d'albumine dans les urines.

Observation XXIV (Résumée).

(MM. Nicolas et Moutot, citée *in* thèse Bernay, p. 90.)

Syphilis pseudo-lupoïde de la face.

J... (Augustine), 25 ans, entrée le 26 décembre 1910; adressée à la consultation de M. le Professeur Nicolas par le Docteur Balutière, pour des lésions cutanées considérées comme de nature lépreuse.

Rien dans les antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels.

Histoire de la maladie : Vers mai 1906 environ, des nodosités sous-cutanées apparaissent, disséminées sur tout le corps, en l'espace d'un mois, sans aucun trouble de l'état général. Ces tumeurs étaient dures, peu saillantes, non douloureuses, sans rougeur ni chaleur. Ces caractères ont existé dès le début et persisté plusieurs mois. Au bout d'un an, ces nodosités adhèrent à la peau, qui prend une teinte érythémateuse, puis violacée. Dans cette première période de nodosités à l'état de crudité, la malade fut traitée pour furonculose par la levure de bière et par l'iodure de potassium (doses non précisées). En 1907, un an après le début, divers éléments se sont ramollis, ouverts spontanément, et des ulcérations profondes les remplacent; d'autres ont évolué vers l'ulcération spontanée plus ou moins profonde, saignant facilement et se recouvrant d'une croûte brunâtre. D'autres éléments n'ont jamais été ulcérés; le nodule, d'abord sous-cutané, a envahi la peau adhérente, violacée et turgescente : au centre de la lésion, est alors

apparue une cicatrisation. La malade a été vue par plusieurs dermatologistes, notamment à Uriage par M. Feulon, qui, devant l'insuccès de 20 injections de biiodure, concluait à des tuberculides; à Grenoble, par M. Butterlin, qui en faisait une maladie de Hansen.

Actuellement, 29 décembre 1910, les lésions sont à peu près généralisées à tout le corps, mais le cuir chevelu, l'abdomen, les régions dorsales et lombaires, sont à peu près indemnes; au contraire, il y a confluence des lésions au niveau de la face et des membres inférieurs. A la face, en voyant arriver la malade, on pense à un lupus authentique. Les lésions occupent symétriquement le front, le nez, les joues. Sont respectées la paupière inférieure et la région périlabiale sur une zone de 2 à 3 centimètres de large; petit placard sur le menton, petites lésions isolées, soit vers le cuir chevelu, soit vers le cou. Dans son ensemble, la figure est envahie par un vaste placard à contours polycycliques. La coloration violacée n'est que partielle. D'autres points d'aspect léontiasique ont une teinte cuivrée, bronzée; des points isolés ou au niveau des placards sont franchement jaunâtres, sucre de pomme. Il y a l'apparence la plus typique des lésions lupiques.

Au niveau du front, à la partie médiane et orbitaire interne, la région est mamelonnée par un groupe de tubercules assez bien isolés et de la surface d'une lentille. Cela rappelle l'aspect léontiasique de la lèpre, mais il n'y a pas d'alopécie sourcilière; la sensibilité persiste. Au niveau des joues, lésions cicatricielles avec peau fine, blanche, non adhérente au plan profond, parcourue par une arborisation à lacis artériels développés. Pas de lésion ulcéreuse de la face actuellement, et jamais un traitement local énergique n'a été fait. Le lobule de l'oreille droite est infiltré, mais il n'existe pas de nodules nets bien isolés. Dans les régions fessières, et surtout au niveau des membres supérieurs et inférieurs, existent de très nombreuses lésions d'un type assez semblable. Tout en restant isolées, elles sont parfois si nombreuses que les intervalles de peau saine sont très restreints. La surface de ces lésions va d'une pièce de 0 fr. 50 à la paume de la main; les unes sont arrondies, la plupart circinées, résultant de la coalescence de plusieurs lésions arrondies ou de l'évolution excentrique d'un placard à plusieurs nodules. Quelques lésions ont une allure serpigineuse avec extension en surface... Il existait des adénites multiples, surtout marquées au cou, où l'on trouvait des ganglions durs, isolés, sans aucun point ramolli; adénites inguinales bilatérales et axillaire.

Le diagnostic de syphilis lupoïde a été fait par M. le Professeur Nicolas, en se basant sur deux réactions de B.-W. positives le 27 décembre 1910, et, le 3 février 1911, sur deux inoculations au cobaye : après biopsie, une sous la peau de la cuisse, l'autre dans le péritoine, toutes deux négatives... Séro-réaction tuberculeuse le 10 janvier 1911 : agglutination positive au 1/5 et au 1/10, négative au 1/15.

La malade est traitée par du biiodure de mercure à doses croissantes de 0 g. 02 à 0 g. 05, et par l'iodure de potassium à doses croissantes. Interruption du traitement le 16 février 1911 : épisode fébrile qui fait penser à un début de fièvre typhoïde, mais il n'en est rien. Albuminurie légère. La rate reste grosse; on reprend le traitement (injection de biiodure, 0 g. 04 tous les deux jours). La biopsie montrait la prédominance presque exclusive de cellules épithélioïdes, des nodules circonscrits occupant la partie profonde du derme, tout cela rappelait des lésions que l'on considérait comme caractérisant le lupus nodulaire.

Observation XXV.

(Citée dans la thèse de Tournier.)

Confusion possible d'une syphilide tuberculeuse avec l'éléphantiasis des Grecs. — Traitement mercuriel. — Guérison.

L... (Françoise), 33 ans, lingère, entrée à l'Hôpital Saint-Louis le 28 mars 1844, pour y être traitée d'une maladie de la peau presque générale, mais qui avait surtout occasionné une repoussante difformité du visage, sur la nature de laquelle il avait été, au premier abord, très facile de se tromper. A l'aspect léonin du visage et à la forme toreuse des membres, on aurait pu croire à l'existence d'un éléphantiasis des Grecs. C'est même la première impression que l'aspect de cette malade fit sur M. Cazenave, lorsqu'elle se présenta à la consultation de l'hôpital. Mais bientôt il fit remarquer qu'il ne s'agissait que d'une syphilide tuberculeuse.

Ce n'est que depuis deux ans que la maladie est devenue presque générale. C'est surtout au visage que l'éruption présente des caractères remarquables, qui donnent à la malade une physionomie tout étrange.

La figure est, en effet, considérablement tuméfiée, les traits en sont déformés et extrêmement durs et saillants, de manière à lui

donner l'aspect et la face du lion, caractère qui appartient en propre à l'éléphantiasis des Grecs; les joues sont fortement saillantes, et le nez est caché profondément dans un sillon qu'elles laissent entre elles.

Les lèvres sont épaissies et allongées, le nez lui-même a doublé de longueur, de largeur, et est divisé par un sillon transversal en deux parties, de sorte que celle qui correspond au lobule paraît surajoutée.

Les paupières, tuméfiées comme dans certains érysipèles, ne s'ouvrent que fort peu, de sorte que les yeux sont profondément cachés, et d'autant mieux que les sourcils sont eux-mêmes fortement hypertrophiés.

Sur le front, il y a d'immenses plaques tuberculeuses très épaisses. Les oreilles ont trois fois leur volume normal et sont déformées. Coloration cuivreuse. On constate de l'induration de distance en distance, mais, dans les intervalles, la peau est d'une mollesse remarquable, comme spongieuse et élastique. Ni douleur, ni prurit, ni desquamation, ni suppuration. Sous l'influence du traitement, l'état de la malade s'améliore d'une façon notable.

Observation XXVI.

Véritable cas de lèpre.

Voici les points importants du diagnostic différentiel sur lesquels ont s'est basé pour redresser un premier diagnostic porté de syphilis tertiaire.

Ce sont les conclusions de M. le Professeur Nicolas, extraites de : Deux cas de lèpre, in *Bull. Soc. franç. dermat. et syph.*, n° 38, par MM. Nicolas, G. Massia et H. Weigert.

Chez cette malade, le diagnostic se posait avec celui d'une syphilis tertiaire qui avait d'abord été porté en dehors de nous en raison des ulcérations à type gommeux, entourées de zones d'infiltration; des lésions nasales (effondrement des cartilages, perforation de la cloison); de l'absence de lésions nodulaires typiques; des réactions de B.-W. et de Hecht positives.

Les troubles nerveux : hypertrophie du cubital, anesthésie au niveau des lésions, l'alopécie sourcilière, nous ont orienté vers l'hypothèse d'une lèpre que l'examen bactériologique du mucus nasal et du produit de raclage des ulcérations des pieds est venu confirmer.

B. — Diagnostic différentiel des lésions syphilitiques avec les lésions muqueuses de la lèpre.

Les lésions lépreuses des fosses nasales ressemblent à celles du tertiarisme par leur atteinte du segment inférieur de la cloison, de la partie inférieure des cornets, l'ostéite des os propres, la perforation indolente de la cloison et l'effondrement du nez qu'elles entraînent.

« La bouche peut être le siège de lépromes ou de cicatrices affectant le palais, le voile, la luette, le pharynx et le dos de la langue. » (Darier.)

Ces mêmes localisations au niveau de la bouche se retrouvent dans la syphilis tertiaire, mais avec la tendance d'être plus isolées, d'être les seules manifestations de la syphilis, tandis que, dans la lèpre, ces lésions n'existent que lorsque la maladie est assez avancée; elles coïncident avec d'autres accidents cutanés, ou très fréquemment avec des lésions oculaires (de la chambre antérieure). La même remarque est valable en ce qui concerne les lésions du pharynx, qui peuvent, par les troubles fonctionnels réalisés, imiter ceux de la syphilis tertiaire laryngée.

IV. — *Diagnostic différentiel avec le cancer.*

A. — Avec les épithéliomas.

1° Diagnostic différentiel des syphilis tertiaires cutanées avec les épithéliomas cutanés.

Au niveau du visage, bien des manifestations syphilitiques peuvent simuler différents épithéliomas.

L'ulcus rodens, ulcération de forme arrondie, quelquefois tracée à l'emporte-pièce, à bords légèrement surélevés, infiltrés, formant un liséré rougeâtre sur l'épiderme environnant, délimitant une surface centrale assez profondément excavée, de teinte jaune rougeâtre, simule une vaste ulcération gom-

meuse. Il est « peu ou pas douloureux, sauf dans le cas de formes très accentuées » (Husson), s'accompagne tardivement d'adénopathie. Il peut siéger, soit sur le front, où les gommes du frontal ne sont pas rares, soit sur les joues et les ailes du nez. Il est différent de la gomme, parce que son centre se creuse de plus en plus, met à nu les plans osseux sous-jacents, et, de plus, l'ulcération ne se produit pas, comme dans la gomme, secondairement à une tumeur. Fournier rapporte de nombreux cas d'erreurs de diagnostic avec l'épithélioma (p. 157, t. II).

L'épithélioma plan cicatriciel, siégeant habituellement au niveau de la région temporo-malaire, ressemble beaucoup à une syphilide tuberculo-croûteuse. La lésion, de configuration orbiculaire, est cicatricielle en son centre et ulcéreuse en un ou plusieurs points de sa périphérie. La cicatrice et les ulcérations sont infiltrées. La présence d'élevures perlées sur le pourtour ou inégalement réparties à la surface de cette cicatrice doit faire penser à cette variété d'épithélioma baso-cellulaire, et non à des tubercules syphilitiques. Le temps d'évolution de ces lésions est aussi beaucoup plus long que celui départi à des syphilides tuberculeuses. Nous avons pu en observer un cas, et, malgré de très grandes ressemblances avec une syphilide, le diagnostic différentiel, basé sur l'interrogatoire de la malade, et la biopsie écartèrent la syphilis.

La même variété d'épithélioma à bordure perlée offre au niveau du nez un diagnostic délicat : M. Favre (*Bull. Soc. franç. de dermat. et de syph.*, n° 38, p. 114), cite le cas d'une malade qui présentait sur le nez un épithélioma perlé « si net, dit-il, que je n'ai pas hésité à faire le diagnostic d'épithélioma baso-cellulaire ». La malade présentait, en outre, des syphilides tuberculeuses et ulcéreuses sur le thorax. « Or, le traitement antisyphilitique que je fis instituer contre les lésions thoraciques fit tout disparaître. Il y a donc, dans certains cas, un diagnostic différentiel qui peut se poser entre l'épithélioma et les inflammations chroniques comme la syphilis. Tripiers avait décrit à la périphérie des

lésions ulcéreuses un bourrelet et des prolongements épithéliaux ».

MM. Gaté, Michel et Charpy signalent au niveau de la lèvre supérieure un cas de même genre : lésion annulaire marginée simulant un épithélioma à bordure perlée. Or, une biopsie faite permit d'écarter le diagnostic d'épithélioma et de conclure : syphilis tertiaire ou tuberculose. « Dans l'une comme dans l'autre de ces deux éventualités, l'aspect clinique de cet accident ne répond pas à ce que nous sommes habitués d'observer. Il nous a paru intéressant précisément d'insister sur cette allure épithéliomateuse, sur cette marge simulant à s'y méprendre la bordure perlée. »

Au niveau des seins, des nodules durs, non douloureux, donnant le phénomène de la peau d'orange avec des ganglions axillaires normaux ou augmentés de volume, durs et indolents, réalisent le tableau de l'épithélioma, et pourtant il s'agit de mastite syphilitique tertiaire torpide. Elle prête à erreur avec les adénomes et les fibro-adénomes du sein. La biopsie est indiquée pour éviter toute perte de temps irréparable. De plus, Touraine et Ch. Ribadeau-Dumas insistent : « Plusieurs fois, disent-ils, on a assisté au développement de l'épithélioma sur un noyau de mammite ancienne chez des syphilitiques, même sur une mammite guérie cliniquement par un traitement mercuriel passager. Il faut donc dépister soigneusement cette mammite et la tenir régulièrement en observation pour éviter cette transformation maligne. »

Observation XXVII (Résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Petges.)

Syphilis tertiaire de la lèvre inférieure confondue avec un épithélium et opérée avec curage ganglionnaire sous-maxillaire.

F..., âgé de 34 ans, a contracté en avril 1921 un chancre induré du milieu de la lèvre inférieure. Il est traité par du novarséno-

benzol dont il reçoit, du 21 avril au 28 juin, 3 g. 26. Sa réaction de Wassermann était positive au début. Ses obligations professionnelles l'ont obligé à se déplacer constamment et il n'a pu suivre un traitement régulier et se soigner convenablement.

En 1931, il a présenté, sur l'emplacement de l'ancien chancre, une lésion qui a été considérée par un chirurgien d'une ville du Sud-Ouest, comme un épithélium, et qui a été enlevée chirurgicalement. Trois mois après, la lésion récidive, et il est question de pratiquer une intervention plus large. Le malade revient alors consulter M. le Professeur Petges, qui conclut cliniquement à l'existence d'une syphilis tertiaire scléro-gommeuse. Le malade, répartant en voyage en toute hâte, n'est traité que par du sirop mixte avec 0 g. 02 de biiodure de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Le pseudo-épithélium disparaît en trois semaines. Le traitement a été continué un mois sur deux pendant près de deux ans. Ce malade, revu en mars 1934, ne présente plus aucune lésion, et sa réaction de Wassermann reste négative, comme elle l'était d'ailleurs lors de l'apparition du pseudo-épithélium.

Observation XXVIII.

(M. le Professeur Jeanselme, *in* thèse Briquet, p. 13.)

Syphilide opérée comme épithélioma.

A... (François), 49 ans, atteint en 1911 d'une lésion ulcéreuse occupant la lèvre inférieure et couvrant tout le menton. Un médecin des hôpitaux, spécialiste, essaie sans succès les injections de biiodure, de calomel, d'hectine, d'iodure de potassium et, de guerre lasse, l'adresse à un chirurgien qui pratique une large ablation. Cicatrisation en un mois. Aucune biopsie n'avait été faite et on n'avait pas recherché le Wassermann.

Depuis un an environ, une nouvelle ulcération est apparue, semblable à la première, et tout aussi étendue. A l'entrée dans mon service (7 nov. 1916), on constate une induration de la région mentonnière qui donne bien plus l'impression d'une gomme diffuse que d'une récidive d'épithélioma. Salivation abondante; sur la paroi postérieure du pharynx, je constate à gauche une large cicatrice en éventail, dont certaines traînées se prolongent sur le pilier postérieur du voile, qu'elles attirent en arrière, si bien que la communication entre l'étage buccal et l'étage nasal du

pharynx est très étroite; cette sténose rend très laborieuse la respiration nasale. Or, cette cicatrice est le vestige d'une ulcération qui s'est produite il y a dix-huit ans (huit mois après le chancre) et fut diagnostiquée par Besnier « syphilis maligne précoce ». Etant donné ces stigmates indéniables, malgré un B.-W. négatif, on fit au malade 12 injections de novarsénobenzol (du 15 juin au 31 août), total : 4 g. 85. Guérison consécutive.

Observation XXIX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Petges.)

D..., 53 ans, habitant la Dordogne, présente lors de sa première visite, le 31 mars 1933, une lésion étendue de la région parotidienne et de son voisinage, qui date de 1931. Selon le récit du malade, une coupure de rasoir, en 1930, aurait provoqué une sorte de furoncle situé en avant de l'angle du maxillaire inférieur, puis la lésion s'étendit à presque toute la région parotidienne. Il a consulté un spécialiste parisien qui a prescrit du calomel (0 g. 02 par jour pendant une quinzaine de jours), puis de l'hyposulfite de soude, puis des pommades iodées, puis des injections intraveineuses de la solution de Lugol-Ravaut et de nombreux autres traitements pendant près de deux ans; durant lesquels le malade allait se faire examiner de temps à autre à Paris. Il a conseillé finalement un traitement radiothérapique et un radiothérapeute a appliqué, en décembre 1932, une séance de rayons X (1.000 R filtrés sur 1 mm. d'Al.). La réaction radiodermique n'est pas tout à fait éteinte quand je vois le malade le 31 mars 1933.

Au premier examen, il s'agit d'une plaque vaguement ovoïde de 5 centimètres environ dans le grand diamètre vertical sur 3 centimètres dans le diamètre horizontal, infiltrée, rouge foncé, à bordure ulcéro-croûteuse qui paraît dessiner deux festons à petite courbure en arrière de son pôle inférieur. Cet aspect microfestonné met en éveil, et l'interrogatoire est poussé dans le sens de la syphilis. Le malade, homme cependant intelligent et cultivé, oppose des dénégations formelles sur la possibilité d'une syphilis antérieure.

Malgré cela, le diagnostic de probabilité d'une syphilis ancienne est donné nettement au malade, qui est prié de ne pas faire pendant un mois le moindre traitement pour un nouvel examen. Il lui est simplement prescrit de faire des lavages à la solution de sulfate de zinc et sulfate de cuivre, des applications d'une pom-

made à l'oxyde de zinc et au peroxyde de zinc, et en même temps il est prescrit du sirop de Gibert. Le malade revient le 29 avril 1933 absolument transformé. L'infiltration a presque disparu, de même que les ulcérations, et la bordure a pris un aspect circiné sur sa partie postérieure, tellement bien que le malade est averti que le diagnostic de syphilis tertiaire scléro-gommeuse ne paraît pas douteux. La réaction de Wassermann avait été, d'après les résultats communiqués par le malade, négative, à plusieurs reprises en 1931, à Paris. Cette même réaction était négative en mai 1933.

Mis en confiance par l'amélioration obtenue, le malade accepte de suivre un traitement antisyphilitique régulier, sous la condition de ne pas avoir d'injections pour éviter que sa famille ne puisse se préoccuper. Il suit, du 29 avril 1933 au 1er novembre 1933, un traitement mixte, avec 0 g. 02 de biiodure de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium par jour; les lésions assez tenaces ont guéri complètement après six mois de traitement. La guérison a été constatée le 7 novembre 1933. Elle persiste avec des cicatrices en grains de plomb qui couvrent toute la région parotidienne, la réaction de Wassermann est devenue positive entre le mois de mai 1933 et le 9 novembre 1933, date à laquelle elle se trouve fortement positive + + + +.

2° Diagnostic différentiel des lésions syphilitiques des muqueuses avec les épithéliomas des muqueuses.

Au niveau des fosses nasales, des lèvres, les lésions tertiaires simulent l'épithélioma. Tournier différencie les labilites tertiaires de l'épithélioma en se basant sur les statistiques de Fournier; la gomme ulcérée occuperait de préférence la lèvre supérieure, le cancer la lèvre inférieure. Les lésions gommeuses formeraient primitivement des foyers multiples et simultanés, tandis que l'épithélioma serait le plus souvent unique; « on voit, dit Tournier, cependant des épithéliomas des deux lèvres, mais dans ce cas... le néoplasme entier n'est que la propagation d'un seul foyer morbide. »

L'épithélioma diffère, en outre, de la gomme ulcérée, par les caractères de ses bords en relief, par son fond grisâtre qui saigne facilement, par son odeur fade et fétide; c'est surtout la biopsie qui fait la différenciation.

Au niveau de la bouche, la syphilide gommeuse ulcérée de la langue peut simuler un cancer. « Mais l'ulcération du cancer se fait sur des bourgeons et non par creusement, comme dans une gomme. Elle est ultrasensible, saignante. Sa base est d'une dureté vraiment ligneuse, rigide, et bien plus massive que dans la syphilis. Il y a des ganglions, et déjà, à la période d'ulcération du cancer, la cachexie s'ébauche. Au besoin, un bref et énergique traitement d'épreuve dissoudra la lésion syphilitique sans grand risque d'aggraver le cancer. » (Barthélemy.)

Les lésions scléro-gommeuses qui infiltrent le voile du palais sont d'un diagnostic très délicat pour les différencier du cancer. (Nous citerons plus loin une observation d'Aubry.)

Au niveau des organes génitaux, de la verge, les syphilides tuberculeuses, sèches ou ulcéreuses, infectées secondairement, peuvent prendre un aspect atypique et faire penser à l'épithélioma.

Les gommes nodulaires de la verge ont été prises pour des tumeurs malignes. Fournier « se rappelle avoir eu trois fois l'occasion de s'opposer à des opérations qui avaient été proposées contre des lésions de ce genre, réputées de mauvaise nature ».

La maladie de Paget, au niveau du scrotum, réalisant une surface rouge, suintante, à contours polycycliques, squameuse, s'accompagnant d'une légère induration, simule une syphilide tuberculeuse. La biopsie assure le diagnostic.

Les affections pré-épithéliomateuses, comme l'érythroplasie, offrent à l'examen, au niveau du gland, du prépuce ou de la vulve, une surface rouge, velvétique, brillante, bien limitée, à différencier d'une syphilide.

De même, la maladie de Bowen, au niveau des mêmes régions, peut simuler des syphilides tuberculeuses du type lenticulaire. Ce sont des pastilles squameuses, un peu surélevées, formant par confluence des placards à contours polycycliques.

Fournier qualifiait le syphilome ano-rectal de « premier

acte d'un ensemble morbide dont le second acte était constitué par le rétrécissement rectal ». Bensaude, Mézard et Godard, dans une statistique allant de 1910 à 1930, constataient que, sur 226 cas de rétrécissement, 139 avaient une origine syphilitique indubitable. Moutier et Legrain (Un cas de rétrécissement syphilitique du rectum, in *Bull. Soc. franç. de dermat. et de syph.*), rapportent l'observation d'un malade atteint de rétrécissement du rectum sus-sphinctérien absolument classique et répondant à la description du syphilome ano-rectal de Fournier. Seule la syphilis contractée huit ans auparavant pouvait paraître en cause. L'épreuve du traitement a été absolument concluante... Si la sténose rectale est évidemment un syndrome relevant de causes diverses, comme le montrent les recherches récentes, la syphilis ne doit pas être exclue à priori de son étiologie.

Actuellement (XLIII[e] Congrès de chirurgie), le rôle de la syphilis dans la pathogénie du rétrécissement rectal paraît diminué. Jersild et Frei rapporteraient à la poradénie de Nicolas et Favre 90 p. 100 des cas de rétrécissement rectal constitué avant l'existence des lésions de rectite. Cependant, si l'importance de la syphilis est diminuée, le diagnostic différentiel des lésions syphilitiques tertiaires ano-rectales avec l'épithélioma donne toujours lieu à des erreurs.

Les observations suivantes se rapportent à des cas de syphilis tertiaires muqueuses, qui ont été confondues avec des épithéliomas.

Observation XXX (Résumée).

(Aubry.)

Lésion vélo-palatine tuberculo-néoplasique chez un syphilitique.

Malade qui présentait une vague douleur et une gêne mécanique au moment de la déglutition. A l'examen, on constate que le voile du palais est modifié dans sa forme et sa coloration, que la luette est complètement amputée, et que, de plus, sur le bord droit du voile, une échancrure nette existe; le voile est épaissi, rouge blafard. On trouve une ulcération superficielle, légèrement

bourgeonnante, qui siège surtout sur le bord libre du voile et le long de sa face postérieure.

Les lésions envahissent les deux piliers et recouvrent l'amygdale droite. Elles sont caractérisées par cette ulcération, qui proémine même un peu sur le plan environnant, ne saigne pas au contact et qui présente une dureté caractéristique. La loge amygdalienne gauche est envahie, l'amygdale est détruite en partie. On trouve des ganglions, le long du bord du maxillaire inférieur, bilatéraux et plus discrets dans la région carotidienne. Ils sont durs, mobiles, non douloureux. On peut discuter chez ce malade les trois syndromes habituels : la spécificité, la tuberculose, le néoplasme. Il y a des caractères qui sont en faveur de chacune de ces lésions.

En faveur de la syphilis, il y a l'amputation de la luette, l'encoche circulaire du bord droit du voile, un B.-W. positif, un traitement spécifique ordonné par plusieurs médecins que le malade était allé consulter.

Au point de vue de la tuberculose, il présente au niveau des poumons des lésions très nettes de tuberculose fibreuse bilatérale non évolutive, localisées au sommet droit. Il tousse, mais les examens de crachats ont toujours été négatifs. Ces derniers temps, amaigrissement assez marqué. On pourrait donc penser à une tuberculose torpide : genre lupus à cause de la longueur d'évolution, du teint rouge blafard des lésions.

En faveur du néoplasme, il y a cette infiltration profonde du voile, et, caractère important, la consistance cartilagineuse tout à fait caractéristique, l'envahissement ganglionnaire d'ailleurs très léger.

En résumé, au point de vue clinique, les lésions présentent des caractères qui, tour à tour, permettent d'incriminer la syphilis, la tuberculose, le cancer. De même, on a fait une biopsie, et l'histologie, chez ce malade à B.-W. positif, permet d'affirmer une association de tuberculose (avec cellules géantes) et de néoplasme (épithélioma).

Observation XXXI.

(Docteur Champeaux, *in* thèse Briquet, p. 29.)

Lésions nasales spécifiques prises pour tumeur maligne.

Mme X..., 62 ans, est atteinte depuis plusieurs années d'une hypertrophie du nez; les ailes sont épaissies et ulcérées; des croûtes remplissent les fosses nasales. Gêne dans la déglutition, dou-

leurs vives, spontanées et provoquées. On a diagnostiqué une tumeur maligne, et les rayons X ont été employés sans succès. La rapidité relative des accidents au début, l'absence d'adénite, l'existence d'un point sensible, mou, du côté de la voûte palatine, font penser à la syphilis. L'iodure (1 gramme par jour) avait déjà, en dix jours, amené une amélioration considérable; le sirop de Gibert vint achever rapidement la guérison.

Observation XXXII.

(Docteur Montpellier, *in* thèse Briquet, p. 43.)

Syphilome rectal diagnostiqué cancer.

X..., 48 ans, cachectique au dernier degré, est atteint, au dire d'un chirurgien de valeur, de cancer inopérable du rectum. Le diagnostic paraît confirmé par un B.-W. négatif. D'ailleurs, le malade nie avoir eu la syphilis... L'incurabilité absolue ayant été déclarée, on essaie, malgré le malade, dix injections de diiodoluargol (1916-1917). La guérison fut rapide, radicale, à la grande stupéfaction du malade lui-même et de son entourage.

Observation XXXIII.

(Rapportée par le Docteur Chaput.

Au commencement de 1916, on me recommanda un malade de 35 ans, très obèse, présentant à la partie postérieure de l'anus une fissure profonde, à bords indurés, présentant tous les caractères d'une ulcération cancéreuse. L'obésité rendant l'extirpation du rectum très grave, j'essayai comme dernière ressource le pansement à la pommade mercurielle. Sous cette influence, l'ulcération cicatrisa très rapidement et amena une sténose ano-rectale, que je compte traiter prochainement par l'extirpation.

Observation XXXIV.

(Rapportée par MM. Bensaude, Godard et Mezard.)

Rectite bourgeonnante simulant un cancer. — Syphilis.

Mme G..., âgée de 40 ans, est prise, en 1905, d'une diarrhée très intense, avec selles sanglantes résistant à tous les traitements;

il n'y a ni douleurs ni ténesme; la température est normale, l'appétit conservé; la malade est pâle. On fait le diagnostic de dysenterie, mais à l'examen bactériologique on ne trouve ni bacille de la dysenterie, ni amibes.

La malade, soignée par M. Ischwall, voit en consultation MM. A. Robin, Wurtz, Widal, Lion, Netter et Chantemesse. Tous les régimes et tous les traitements essayés restent sans succès : méthode brésilienne, opiacés, bismuth, lavages intestinaux, au NO^3Ag, permanganate de potasse, eau oxygénée et bleu de méthylène. M. Hartmann pratique le toucher rectal et ne trouve rien de particulier. Malgré l'absence de bacilles dans les selles, M. Dopter propose d'essayer le sérum antidysentérique. Ce sérum semble donner une amélioration réelle; les selles sont moins fréquentes; quelques-unes sont moulées et le sang est moins abondant. On cesse le sérum au bout de quatre mois. L'amélioration continue quelque temps, puis les symptômes s'aggravent et ne cèdent plus à la même médication. La malade est beaucoup plus affaiblie, les selles sont très nombreuses, sanglantes, mais peu fétides. La température monte le soir à 38 degrés, et même à 38°5. La malade est envoyée à Caux huit mois après le début de la maladie. A Caux, l'état général s'améliore, reprise des forces, mais elle continue à avoir des selles trop fréquentes, glaireuses, sanguinolentes, et par crise de véritables diarrhées dysentériformes. En 1907, après un nouveau séjour à Caux, alternatives d'amélioration et d'aggravation. En avril 1910, nouvelle crise, mais avec fièvre violente, 38 degrés le matin et 39 degrés le soir, état général mauvais, selles fétides et toujours pleines de sang. En juin 1910, M. Ischwall nous prie de faire une rectoscopie.

Nous trouvons le rectum occupé dans toute sa circonférence par des masses végétantes saignant au moindre attouchement : la lésion commence à 8 centimètres et se termine à 13 centimètres au-dessus de l'anus. Nous portons le diagnostic de cancer, mais ce diagnostic est rejeté par M. Hartmann, qui pense plutôt à la tuberculose à cause de la consistance molle des végétations. Une biopsie montre l'absence d'éléments cancéreux et de bacilles de Koch. *On songe alors à la possibilité de la syphilis :* la réaction de B.-W. est positive; traitement par des injections d'hectargyre. Dès les premières, le sang disparaît des selles; celles-ci deviennent moins fréquentes et, après 7 ou 8 piqûres, elles sont normales et perdent leur fétidité. De nouveaux examens rectoscopiques montrent une disparition presque complète des végétations; un dernier examen,

fait le 7 décembre 1910, montre une muqueuse d'apparence à peu près normale jusqu'à 8 ou 10 centimètres; de 8 à 10 centimètres, il existe des cicatrices blanchâtres; de 10 à 13 centimètres, il existe une plaie exulcérée saignant légèrement. On ne retrouve aucune des végétations rencontrées au premier examen; la malade reprend environ 10 kilos de poids.

En septembre 1911, après quelques selles sanglantes et des phénomènes péritonéaux, la malade meurt rapidement sans qu'on ait essayé à nouveau un traitement spécifique intensif.

Le mari de Mme G... ne se rappelle pas avoir eu la syphilis. Pourtant, en 1910, il a eu une laryngite avec aphonie complète qui a vite cédé sous l'influence du mercure.

En résumé, l'aspect morphologique de bien des lésions tertiaires permet une confusion avec différents épithéliomas; afin d'éviter toute perte de temps qui pourrait être préjudiciable au malade, la biopsie apparaît comme le critère permettant d'assurer un diagnostic différentiel juste et rapide.

B. — Avec les sarcomes.

Nous n'envisageons que les syphilis tertiaires cutanées, celles-ci seules pouvant donner lieu à un diagnostic différentiel avec les sarcomes.

Les gommes ont donné lieu à des méprises. Le diagnostic de sarcome a été porté bien souvent; il s'appuyait soit sur l'aspect extérieur des lésions (Obs. de Chénelot), soit sur l'examen histologique. MM. Favre et Gougerot ont attiré l'attention des médecins sur la « faillite » de l'examen anatomo-pathologique. « Le danger est de se borner à un seul point, d'affirmer sur une seule coupe. » (Favre.) Nous avons déjà traité cette question au chapitre I[er], nous n'y reviendrons pas. La conclusion pratique de l'erreur entre la gomme et le sarcome était une opération chirurgicale.

M. le Professeur Nicolas rapporte le cas suivant :

Observation XXXV (Résumée).

(MM. Nicolas, Massia et Rousset.)

Lésion syphilitique ganglionnaire à type de sarcome chez un malade amputé vingt-cinq ans auparavant pour un sarcome du fémur.

Malade qui est entré dans le service pour une tumeur ulcérée du triangle de Scarpa droit, qui, en raison de l'amputation du membre inférieur du côté opposé, a été soupçonnée d'abord d'être de nature néoplasique. L'histologie et le traitement d'épreuve ont révélé sa vraie nature. Mais l'aspect particulier des coupes, qui donnait une image de pseudo-sarcome, nous a déterminés à vous montrer ce malade.

M. le Professeur Nicolas montre ensuite que « la longue survie présentée par le malade après cette précédente opération permettait de mettre en doute l'exactitude du diagnostic porté à ce moment. On pouvait se demander, d'autre part, si la tumeur actuelle n'était pas purement inflammatoire en se rappelant le travail que nous avons publié il y a de nombreuses années avec M. Favre sur les pseudo-sarcomes syphilitiques et dans lequel nous avons rapporté des cas indéniables de tumeurs où la clinique et l'histologie devaient faire dire sarcome, alors que les effets du traitement antisyphilitique permettaient de retenir uniquement la syphilis... Nous croyons que ce malade a eu autrefois un pseudo-sarcome syphilitique probablement dû à une syphilis héréditaire et que vingt-cinq ans après il a refait un pseudo-sarcome syphilitique.

Citons les observations suivantes :

Observation XXXVI (Résumée).

(MM. Durand, Nicolas, Moutot et Hausser, *in* thèse Chénelot, p. 10.)

Gomme du doigt prise pour un sarcome, opérée.

F... (Pierre), 29 ans, vient consulter M. Durand, chirurgien des hôpitaux, le 15 décembre 1908, pour une lésion de la première phalange de l'index gauche. Il s'agit d'une tuméfaction notable

de cette phalange avec ulcération bourgeonnante de sa face palmaire.

Antécédents personnels. — A 15 ans, adénite cervicale suppurée. Réformé. A 25 ans, chancre syphilitique. En mai 1907, douleurs articulaires surtout vives au niveau de l'épaule. Fin 1907, douleurs dans l'index gauche, puis tuméfaction progressive de sa première phalange, qui s'est ulcérée sur sa face palmaire, sans donner issue à du pus en quantité notable. A l'examen, le 15 décembre 1907, on constate une tuméfaction fusiforme régulière de la première phalange de l'index gauche sans extension du côté de l'articulation phalango-métacarpienne. La phalange paraît élargie transversalement, de coloration rosée, sans chaleur ni douleur bien vive. La face dorsale est tendue, lisse, brillante, sans pus apparemment collecté, sous la peau. A la face palmaire, ulcération régulière arrondie d'environ 1 centimètre de diamètre, profonde, à bords non déchiquetés, ni décollés, ni taillés à pic, ulcération d'où émerge un gros bourgeon arrondi, en champignon. Pas de bourbillon, pas de suppuration franche. Gros ganglions épitrochléens et axillaires de ce côté; ganglions axillaires également du côté gauche.

On aurait pu penser à un spina-ventosa tuberculeux, mais la radioscopie montrait un os sain, avec des contours un peu flous cependant. La lésion semblait exclusivement dépendre des parties molles. Devant cette lésion d'aspect anormal, M. Durand décide une intervention chirurgicale le 19 décembre 1907.

Incision de la gaine synoviale des fléchisseurs. L'idée de tuberculose est éliminée pour celle plus probable de tumeur de la gaîne. Excision de la partie malade suivie de thermo-cautérisation.

L'examen histologique concluait qu'on se trouvait en présence de lésions probablement parasitaires ou infectieuses, dites « myélomes des gaines ». Il ne s'agissait pas de tuberculose.

Un mois après, le 15 janvier 1908, au lieu de cicatriser, la plaie s'est mise à progresser; ses bords se sont décollés, des bourgeons mollasses proliférants avec rapidité en garnissent le fond. Cela fait penser à une récidive sarcomateuse rapide de la tumeur primitive. Cette conclusion comportait comme conséquence une intervention chirurgicale radicale chez ce malade.

Cependant, l'un de nous, frappé par les antécédents syphilitiques du malade, l'examen histologique (cellules inflammatoires, cellules épithélioïdes en amas arrivant à former des éléments multinucléés), et de la similitude absolue de cette description avec ce que l'un de nous avait déjà vu avec M. Favre dans les lésions syphilitiques tertiaires cutanées ou muqueuses, soulève l'hypo-

thèse peu vraisemblable au point de vue clinique en présence de cette récidive à type sarcomateux qu'il pourrait peut-être s'agir de syphilis et demanda d'essayer sur le malade un traitement antisyphilitique intensif.

Le 23 janvier 1908, l'hypothèse de syphilis est corroborée par la constatation de lésions circinées des bourses qui ne sont autres que des syphilides papuleuses circinées. Cultures de sporotrichum négative. Inoculation au cobaye d'un fragment de la tumeur excisée : négative.

A ce moment, très épais gonflement de la première phalange de l'index gauche, et de l'articulation phalango-phalangienne. Sur les faces palmaires et latérales : vaste ulcération bourgeonnante déjà décrite. Aucune tendance à la cicatrisation. Sous l'influence du traitement intensif (injection intramusculaire de biiodure de mercure : 0 g. 04 en solution aqueuse tous les deux jours, et KI : 4 grammes par jour), la lésion s'améliora très rapidement. Le 22 février 1908, la lésion est complètement cicatrisée, le doigt a repris peu à peu son volume normal, sauf un léger degré d'épaississement transversal apparent.

Observation XXXVII (Résumée).

(Citée dans la thèse de Chénelot, p. 13,
et par M. le Professeur Favre.)

In article : *Sarcomes vrais et faux sarcomes.*

Histoire d'un malade opéré d'abord d'une tumeur sous-claviculaire « entourée, dit le compte rendu opératoire, d'une coque sarcomateuse épaisse », malade qui fut soumis par M. Leriche à une seconde intervention pour une tumeur scapulaire considérée par des chirurgiens présents à l'intervention : MM. Lenormand, Muller, Tavernier, comme un sarcome périostique et qui présente par la suite une induration ligneuse profonde de la paroi abdominale ainsi qu'une récidive de la première tumeur claviculaire.

Une nouvelle intervention est faite sur la clavicule, puis la « tumeur » de la paroi abdominale est enlevée par Delore. L'examen histologique permet de reconnaître dans cette tumeur de la paroi de l'abdomen des zones de nécrose entourée d'une épaisse barrière conjonctive, une infiltration diffuse du tissu musculaire, des lésions artérielles étendues. Dans l'infiltration cellulaire, on observe des cellules épithélioïdes et géantes. Le diagnostic de gomme est alors soulevé. La réaction de B.-W. pratiquée, se mon-

tre positive et l'on institue un traitement intensif malgré une troisième récidive de la lésion claviculaire « qui a atteint le volume d'un gros œuf ». L'aspect de cette récidive est bien éloigné de celui des lésions syphilitiques, car l'observation note « que des bourgeons sarcomateux distendent la cicatrice des incisions antérieures ». Les effets du traitement ne se produisent que deux semaines environ après son institution, mais ils sont décisifs et bientôt complets. Les lésions locales menaçantes disparaissent en même temps que l'état général se transforme. Le malade, que j'ai revu plus de dix ans après ce traitement, est resté parfaitement guéri.

Observation XXXVIII.

(Rapportée par M. Favre.)

In article : *Sarcomes vrais et faux sarcomes.*

Je pourrais aussi citer l'observation d'une malade que j'avais soignée pour une syphilis très irrégulièrement traitée, malgré mes conseils, et qui revenait me demander un avis au sujet d'une tuméfaction de l'omoplate pour laquelle le diagnostic de sarcome avait été posé et le traitement chirurgical par exérèse formellement conseillé. L'expérience consommée du chirurgien qui avait établi ce diagnostic, tout autant que l'aspect de la tuméfaction qui, dure, profonde, faisant corps avec l'os, soulevait les téguments sillonnés de veinosités, tout concourait à imposer le diagnostic de sarcome périostique. Le malade disait toutefois que cette tumeur, parfaitement indolente à la palpation, provoquait quelques douleurs, surtout nocturnes; ce détail paraissait de minime importance; il retint cependant mon attention, et la notion de l'infection syphilitique antérieure me fit conseiller de reprendre, avant toute intervention, un traitement d'épreuve. Un mois plus tard, il ne restait plus aucune trace de la tuméfaction scapulaire.

Observation XXXIX.

(Rapportée par MM. Pollosson et Dechaume, *in Lyon médical*, 19 juin 1927.)

Cas d'une jeune femme qui présentait une tuméfaction de la branche droite du maxillaire inférieur, au sujet de laquelle le diagnostic de sarcome avait été discuté; le traitement par hémirésection du maxillaire proposé, et qui guérit à merveille par le sirop de Gibert.

Observation XL (Résumée).

(*In* thèse Chénelot, obs. III.)

R... (Marie), 46 ans, entre en juillet 1908 dans le service de M. le Professeur Poncet pour une tumeur de la région cervicale.

Antécédents héréditaires. — Père, 84 ans, vivant et bien portant. Mère, morte de maladie indéterminée, a présenté dans la région cervicale une tumeur qui avait suppuré pendant plusieurs années et s'était enfin cicatrisée. A eu plusieurs ictus.

Antécédents collatéraux. — Onze enfants; une sœur morte à 47 ans d'une tumeur de l'abdomen; une autre, âgée de 44 ans, a eu une tumeur abdominale; un frère et une sœur vivants et bien portants; sept autres enfants sont morts.

Antécédents personnels. — A 8 ans, fièvre avec frissons. Mariée à 24 ans. Mari en bonne santé. Cinq grossesses : la première s'est terminée par une fausse couche à 6 mois; la seconde par une fausse couche à 6 mois 1/2; la troisième par un accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort depuis trois semaines; la quatrième par un accouchement à terme d'un fœtus mort depuis quatre jours; la cinquième a donné un enfant à terme pesant 3 kg. 500, bien portant, âgé de 8 ans.

Histoire de la maladie. — Apparition, en janvier 1908, d'une tumeur dans la région angulo-maxillaire droite, s'accompagnant de douleurs intermittentes irradiées dans l'oreille et de dysphagie. En juillet, à l'examen de la malade, on ne trouvait aucun symptôme d'ordre général; toute la maladie paraissait représentée par un gros plastron dur allant de la région rétro-angulo-maxillaire jusqu'au niveau de l'os hyoïde, qu'il dépassait par en bas, plus plat, plus dur, plus lisse qu'un paquet ganglionnaire; la tumeur ne tenait pas au muscle sterno-cléido-mastoïdien, mais paraissait plonger dans la profondeur. Pas d'adénopathie cervicale; aucun signe nerveux, sauf un peu de myosis à droite. On notait, en outre, une insuffisance et un rétrécissement mitral bien toléré.

Devant ces signes et l'absence absolue de toute tumeur du carrefour pharyngo-laryngé, M. Leriche fit le diagnostic de branchiome, d'accord avec plusieurs de ses collègues candidats au concours des hôpitaux, et on tenta l'extirpation le 29 juillet 1908.

L'opération est très délicate; la partie supérieure de la tumeur est sous le maxillaire inférieur, son pôle postérieur est dans la

région parotidienne, son pôle antérieur dépasse la ligne médiane, adhère aux muscles sus-hyoïdiens, un prolongement adhérant à la gaine des gros vaisseaux et, d'autre part, dans la profondeur, un autre prolongement s'insinue vers le pharynx... Suit la technique opératoire. Ablation des fils le huitième jour; le 12 août 1908, hémorragie secondaire formidable arrêtée par la mise en place d'une pince par M. Mouriquand, interne. La malade reste anémiée, somnolente et hébétée pendant trente-six heures. Le 14 août, M. Leriche lie la carotide primitive à la base du cou et de la jugulaire interne. Dès lors, les suites furent normales et, trois semaines après, la malade quittait le service opératoirement guérie.

L'examen histologique fait au laboratoire de la Clinique de M. Poncet intrigua fortement: la pièce avait l'aspect lardacé, sarcomateux. Cela ne ressemblait nullement à du tissu ganglionnaire et encore moins à de la tuberculose; or, en se basant sur la présence de *cellules géantes*, on nous répondit : tuberculose, probablement ganglionnaire. Devant les difficultés que fit M. Leriche à admettre ce diagnostic, on montra les coupes à M. Bériel, chef des travaux d'anatomie pathologique, qui parla de sarcome. Ce diagnostic fut admis; toute idée de tumeur branchiale fut éliminée. Dans les deux années qui suivirent, la malade fut revue très régulièrement par M. Leriche. Il l'adressa à maintes reprises à la consultation de M. le Professeur Collet, à cause de phénomènes graves de dysphagie et de malaises généraux imprécis. Il y a huit mois, il découvrit une ulcération sur le voile palatin et songea à la *syphilis comme cause de tout*.

Mais la malade, très indocile, ne voulut pas suivre le traitement indiqué, et ce n'est qu'après l'apparition de deux perforations palatines qu'elle se décide à entrer à l'Hôpital Saint-Pothin, sur l'avis de M. Favre, auquel M. Leriche l'avait adressée... Suit l'examen de la malade, qui révèle les troubles suivants, pouvant relever d'une étiologie spécifique : deux perforations vélo-palatines, du tremblement de la parole, de la perte de la mémoire, une insuffisance aortique. Le 10 novembre 1910, sous l'effet du traitement spécifique : benzoate de mercure, l'infiltration et les tissus épaissis et bourgeonnants du voile du palais entourant les perforations prennent un aspect normal. La dysphagie diminue, l'état général de la malade s'améliore.

Observation XLI.

(Rapportée par M. le Docteur Martel, de Lyon, *Ann. derm. et syph.*, 1898, p. 215-216.)

S... (Ch.), 35 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 février 1897.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, mariée à 20 ans, mari en bonne santé; chez elle, la syphilis était douteuse; elle avait eu une fausse couche de trois mois accompagnée d'une éruption sur la nature de laquelle la malade ne donne pas de renseignements certains. Pas de chute des cheveux, ni céphalée à ce moment. Il y a trois ans, la malade s'est aperçue qu'elle avait une petite tumeur siégeant sur la cinquième côte gauche, de la grosseur d'un pois et mobile. Un an après, la tumeur avait le volume d'un œuf. Elle disparut par des applications de teinture d'iode. Trois mois après, la tumeur réapparaît, s'ulcère et laisse écouler du pus mélangé à des produits filamenteux; on aurait dit de l'étoupe mouillée. Quinze jours après, guérison. Rien pendant quatre à cinq mois. Il y a un an, apparut une tumeur siégeant sur la cheville droite; d'abord osseuse, elle ne tarda pas à gagner la peau, qui s'ulcère par plusieurs points et d'où sort un liquide blanc et gluant. L'ulcération devient unique, le fond charnu et bourgeonnant. Il y a un mois, tumeur de la 3e côte droite (en réalité, gomme); il y a quinze jours, nouvelle tuméfaction (gomme) de la clavicule droite. Au premier examen de la malade, on est frappé par l'odeur fétide et repoussante qu'exhale la plaie de la jambe; cette surface suintante, bourgeonnante, à bords surélevés, donne au premier abord l'aspect néoplasique; de plus, le faciès de la malade est amaigri et de teint jaune et terreux. L'erreur était facile; lavages à l'eau boriquée et pansement. Le 6 mars, l'odeur a disparu. On fait le diagnostic de gomme du sternum. Traitement antisyphilitique : guérison complète en trois mois. Le diagnostic de la tumeur ulcérée du pied n'a été fait qu'après le traitement d'épreuve. L'affection simulant un *épithélioma ou un sarcome*, l'erreur fut faite. La malade avait été envoyée à la clinique pour y subir l'amputation du pied.

Il s'agissait de syphilides tertiaires simulant une tumeur maligne.

Histologie. — Par exclusion, rejet du sarcome, de l'épithélioma et de la tuberculose : c'était la syphilis.

Observation XLII.

(Rapportée par M. Langenbeck, *Uber gummi geschwulste*, 1891; citée dans les thèses de MM. Horand, Lyon, 1897, et Chénelot, Lyon, 1910.)

Gomme de la partie latérale du cou prise pour un carcinome. Elle était dure, adhérente aux plans profonds, douloureuse à la pression, sans réaction ganglionnaire. La peau était un peu rouge. Extirpation avec les veines jugulaires. Guérison.

Résumons enfin une longue observation, rapportée par M. Feulard (*Bull. Soc. franç. de derm. et de syph.*, 1891, p. 161), citée dans la thèse de Mlle Léwin, 1897 (obs. 3), ainsi que dans le *Traité de Fournier*, p. 101, t. II.

Observation XLIII.

Syphilis ignorée et méconnue, qui a provoqué quatre avortements, la naissance d'un hérédo, et, de plus, le malade a failli être amputé.

A... (R.), âgé de 39 ans, nie tout antécédent spécifique, ne présente aucun stigmate de syphilis. De décembre 1888 à juin 1890, douleurs dans la cuisse gauche à type d'élancements profonds. A ce moment, violent effort de la jambe gauche, augmentation de volume douloureuse de la cuisse; apparition d'une vaste ecchymose. Hospitalisation du malade. Le diagnostic de tumeur vasculaire, anévrysme traumatique, est posé. Exeat et traitement du malade par un emplâtre belladoné. Non amélioré, il revient à l'hôpital; un nouveau chirurgien l'examine et diagnostique un ostéosarcome. Pris de peur, le malade quitte l'hôpital et se fait traiter par un charlatan. Au bout d'un mois, sur la peau de la cuisse apparaît une vaste ulcération. A l'Hôpital Saint-Louis, une pommade mercurielle, ordonnée, produit une grande amélioration; le Professeur Lucas-Championnière établit le diagnostic exact de syphilis tertiaire et adresse le malade au Professeur Fournier. Il s'agissait d'une tumeur gommeuse du triceps s'étant fait jour à l'extérieur, et ayant ulcéré la peau; ce diagnostic reposait sur l'aspect des ulcérations cutanées, la marche lente des accidents, leur peu de douleur, et sur l'amélioration par huit jours de traitement spécifique.

Traitement par KI : 4 grammes par jour et frictions mercurielles; guérison rapide. Le malade s'était marié en 1879. Sa femme avait eu en trois ans quatre fausses couches. Le seul enfant vivant, né dix-huit mois après la dernière fausse couche, était un hérédo typique.

Mlle Léwin rappelle aussi le fait, rapporté par Le Dentu au Congrès de chirurgie de 1889, d'un médecin à qui trois professeurs de la Faculté avaient conseillé l'amputation de la jambe pour un « sarcome supposé » et qui guérit par le traitement spécifique.

Observation XLIV (Résumée).

(Due au Docteur Pinsan.)

Gommes syphilitiques du quadriceps, prises pour un sarcome et diagnostiquées par l'examen histologique.

Mme G..., 53 ans. Mariée, a une fille de 33 ans, vivante et bien portante. Rien dans les antécédents. En janvier 1931, sans cause apparente, sa cuisse gauche devient douloureuse et se tuméfie; divers topiques n'amènent aucune amélioration. Le 27 mars, après consultation, on lui enlève, dit-elle, « une grosse tumeur ». La cicatrisation est rapide. Persistance des douleurs; la malade a l'impression qu'il reste dans sa cuisse une « bosse » qu'on ne lui a pas enlevée et qui continue à s'accroître. Examen en janvier 1931. Sur la face antéro-externe de la cuisse gauche, cicatrice longue de 15 centimètres environ. Sous son tiers supérieur, on sent une masse de la dimension d'une petite mandarine, un peu étalée, assez dure, à limites imprécises, fixée en plein muscle. La peau n'est pas envahie, mais présente une circulation collatérale discrète. Au-dessus de cette masse, dans le triangle de Scarpia, on en sent une seconde, plus petite, arrondie, mieux limitée, plus dure, donnant l'impression d'un ganglion, mais qui est fixée dans le muscle. La précédente opération a entraîné l'excision d'une portion assez étendue du muscle quadriceps.

On pense un moment à la spécificité, mais l'examen général détourne de cette hypothèse : pas de cicatrices suspectes, système nerveux indemne, aucun antécédent. La récidive, ou plutôt la continuation de l'évolution après l'opération, fait admettre le diagnostic de sarcome. Nouvelle intervention le 25 novembre : excision de la

partie supérieure de la cicatrice. On tombe sur une masse développée dans le bord externe du quadriceps, mal limitée, dure à la périphérie, plus molle à son centre, qu'on ne peut énucléer; on doit tailler largement en plein muscle. La masse supérieure est abordée par un prolongement de l'incision; elle est mieux limitée. Rapprochement des plans musculaires, suture de la peau, drain.

A la coupe des tumeurs : tissu blanc, fibreux, moins dur au centre, avec de petits îlots grisâtres. Cet aspect ne nous semble pas caractéristique.

Examen histologique (Prof. Géry) : Il conclut à un tableau classique de syphilis tertiaire, mais n'affirme pas la syphilis sur ce seul examen histologique; elle doit être vérifiée par la clinique. Les suites opératoires sont simples; la malade sort le neuvième jour. Elle revient au bout d'un mois, elle souffre et présente à la partie inférieure de la cicatrice une petite tumeur comme une olive.

Le B.-W. était négatif. Traitement mixte (arsenic et bismuth). A la sixième injection, la petite tumeur disparaît.

Actuellement, un an après notre premier examen, l'état est parfait; pas la moindre trace de récidive.

Dans la discussion qui suit cette observation à la Société de chirurgie, nous relevons le cas, rapporté par M. Sénèque, d'une volumineuse gomme musculaire du sterno-cléido-mastoïdien qui fut prise pour un sarcome. M. Bréchot rapporte qu'il a évité d'opérer pour sarcome une volumineuse tumeur située au niveau de l'extrémité inférieure de la cuisse chez un jeune homme de 25 ans, car la biopsie concluait à l'absence de sarcome, à syphilis probable; le traitement en fournit la preuve.

En conclusion, le diagnostic différentiel entre les lésions, gommes ou syphilomes et les tumeurs malignes sarcomes ne pourra être assuré indiscutablement par la biopsie : c'est le traitement d'épreuve intensif, suffisamment prolongé, « vraie pierre de touche », qui rendra le diagnostic certain.

V. — *Avec les mycoses.*

L'actinomycose et la sporotrichose réalisent des lésions cutanées qui simulent la syphilis tertiaire.

A. — La sporotrichose.

1° Diagnostic différentiel des lésions cutanées de la sporotrichose avec les lésions cutanées tertiaires.

La sporotrichose affecte surtout les membres qu'elle parsème de points d'attaque échelonnés et comme lymphangitiques. Elle réalise des aspects tuberculoïdes et syphiloïdes; ces derniers seuls nous intéressent.

Ils sont caractérisés par des gommes ou des placards à bords festonnés, circinés, rappelant certaines syphilides scléro-gommeuses à évolution lente; « Mais, dans la sporotrichose, le tracé n'est pas aussi curviligne que dans la syphilis, il est plutôt formé de courts segments de ligne droite réunis par des angles arrondis; le pus décolle la peau autour de l'aire croûteuse et forme autour d'elle de petits recessus fluctuants » (Lacommère). Les bords de l'ulcération sont œdématiés sans l'infiltration dure de la syphilis, ils sont nettement délimités par un « rempart saillant ». Le fond des ulcérations est violacé et non rouge cuivre. Les placards cicatriciels sont recouverts d'un épiderme fin, plus lisse, moins raviné; ils ont tendance à former des brides. Exceptionnellement uniques, ils sont toujours accompagnés d'autres lésions à des stades d'évolution différents. Dans la marche lymphangitique des lésions hypodermo-dermo-épidermiques, allant de l'extrémité à la racine des membres, les ganglions sont souvent intéressés et peuvent donner lieu à des adénites suppurées. Ajoutons que, dans le pus de couleur chocolat, on peut déceler le sporotrichum par culture sur milieu de Sabouraud.

La biopsie montrera l'aspect en cocarde du nodule sporotrichosique. On pratiquera la réaction de B.-W. Enfin un traitement d'épreuve sera tenté, et, pour le rendre concluant, on s'abstiendra de prescrire l'iodure de potassium, ce dernier guérissant à la fois les mycoses et la syphilis tertiaire.

Observation XLV.

(MM. Nicolas, Massia et Lebeuf.)

Gommes syphilitiques multiples sporotrocoïdes.

F... (Louis), 56 ans, venu le 22 octobre 1931. Début de l'affection il y a deux ans par une tuméfaction du bord interne du bras droit qui suppura pendant longtemps en laissant une ulcération qui se cicatrisa très lentement. Il y a quinze mois, apparaît une tuméfaction analogue à la bordure antérieure du cuir chevelu. Cet élément est encore en évolution maintenant; puis d'autres lésions semblables ont envahi la presque totalité du cuir chevelu.

L'examen montre les lésions suivantes :

1° Sur le cuir chevelu, une dizaine d'éléments en partie cicatriciels, d'autres recouverts de croûtes épaisses, d'autres renfermant une notable quantité de liquide puriforme. Ulcérations taillées à pic, à bords décollés, sous lesquelles le stylet décelle de très grands décollements. Le fond de ces ulcérations taillées à l'emporte-pièce n'est pas bourbillonneux comme dans les gommes syphilitiques habituelles. Les bords sont nettement délimités sous forme d'un « rempart » saillant. Les lésions sous-maxillaires et cervicales ne sont pas hypertrophiées.

2° Sur le bras droit (bord interne), une cicatrice un peu déprimée; de plus, à la face externe du bras, on sent une tuméfaction arrondie du volume d'une grosse noix sous-cutanée. Il n'existe pas d'hypertrophie des ganglions axillaires. A signaler, en outre, que l'on ne perçoit aucune infiltration en rapport avec les éléments du cuir chevelu et du bras. La sérosité puriforme prélevée après ablation d'une croûte est ensemencée sur des tubes de gélose Sabouraud : les cultures montrent l'absence de sporotrichum. L'inoculation au cobaye a été pratiquée : l'animal examiné plus d'un mois après l'inoculation ne présente aucun ganglion perceptible.

La réaction de B.-W. dans le sang a été positive.

Un traitement ioduré a été institué.

Un diagnostic avant le résultat des examens de laboratoire et du traitement antisyphilitique hésitait entre gommes sporotricosiques et gommes syphilitiques.

Si, en faveur de la première hypothèse, plaidait la multiplicité et la dissémination, l'absence d'infiltrats, l'absence de bourbillon, le « signe de rempart », les caractères du pus, de teinte chocolat, enfin l'absence d'antécédents syphilitiques connus. L'aspect cli-

nique était nettement sporotrichoïde, et nous pensions que les cultures de Sabouraud seraient positives.

La deuxième hypothèse de syphilis gommeuse n'avait cependant pas été écartée : les cicatrices spontanées de certaines lésions, les bords taillés à pic, l'absence d'adénopathie, pouvaient y faire penser.

La tuberculose avait été d'emblée éliminée à cause de l'aspect clinique, du grand nombre des éléments et de l'absence de ganglions.

Nous savons aujourd'hui que nous sommes en présence de gommes syphilitiques, puisque les cultures sont restées stériles et que le B.-W. a été positif.

Le résultat du traitement ioduré institué par le médecin traitant contre notre désir, qui était de faire un traitement bismuthique, n'a aucune valeur diagnostique dans ce cas.

« On peut donc rencontrer exceptionnellement des gommes multiples disséminées ayant l'aspect de gommes sporotrichosiques et qui sont cependant de nature syphilitique. Il faut baser le diagnostic non seulement sur l'aspect clinique, mais aussi sur les recherches de laboratoire : cultures, inoculations, sérologie, et sur le traitement d'épreuve (KI excepté). (Nicolas.)

2° Diagnostic différentiel des lésions ulcéreuses des muqueuses de la sporotrichose avec les lésions muqueuses de la syphilis tertiaire.

La sporotrichose peut se localiser rarement au niveau de la bouche, du pharynx, du larynx ou à la base de la langue. Elle donne lieu à des ulcérations très graves, qui sont remarquables par leur relief, leur coloration gris jaunâtre sale; on ne trouve pas de fausses membranes à leur surface. Ces ulcères ont une tendance à diffuser plutôt qu'à détruire et à mutiler.

On procèdera, pour le diagnostic différentiel des formes muqueuses, comme pour celui des formes cutanées.

B. — L'actinomycose.

Elle réalise des placards et des gommes actinomycosiques, qui ont pu être pris pour des syphilomes en nappe ulcérés ou pour des gommes syphilitiques.

On les différenciera des syphilomes en nappe ou des syphilides ulcéro-gommeuses en éliminant la syphilis, celle-ci étant recherchée à l'aide de tous les éléments du diagnostic positif (sauf traitement d'épreuve ioduré). Le diagnostic différentiel sera ensuite complété par les caractères suivants : douleur à la pression, dureté ligneuse et profonde, coloration violacée générale des placards. Les grains jaunes trouvés dans le pus, la culture de l'actinomyces, les séro-agglutinations de Vidal et Abrami ne laisseront plus place au doute.

MM. Gougerot, Dechaume, Blum et Duché ont publié le cas d'une actinomycose de la lèvre, infiltrée et pluri-fistulisée, actinomycose prouvée par la constatation sur lame des filaments et par la culture anaérobie. L'association avec une syphilis latente et ignorée a été démontrée par les B.-W. fortement positifs. Ce cas fut guéri rapidement par le seul traitement antisyphilitique, donc par hétérothérapie.

Observation XLVI.

(Lereboullet, *in* thèse Briquet, p. 16.)

Gommes syphilitiques méconnues.

X..., 46 ans, mère de dix enfants bien portants (mari exempt de syphilis et ayant elle-même un B.-W. négatif), a des lésions ulcéreuses de la joue, d'apparence gommeuse, pour lesquelles on porte successivement le diagnostic de tuberculose, puis d'actinomycose. Le traitement mercuriel ayant amené une guérison complète et rapide, on fit une enquête et on apprit par la mère de la malade que celle-ci avait été contaminée à l'âge de 4 ans par une bonne syphilitique. Elle avait eu une plaie à la jambe (chancre) et avait reçu à cette époque des soins spéciaux pendant quelques mois.

On ne négligera pas non plus d'établir le diagnostic différentiel avec les trichophyties cutanées.

L'herpès circiné peut donner lieu à un diagnostic différentiel avec les syphilides arciformes, l'érythème tertiaire et les syphilides psoriasiformes. Il réalise des taches érythémato-squameuses de contour géométriquement orbiculaire, et très net, ce qui est un élément important de diagnostic. De plus, on peut trouver des vésicules sur la tache ou « plusieurs cercles concentriques de vésicules » (Darier). On remarquera le peu d'infiltration des lésions, leur extension centrifuge beaucoup plus rapide que dans la syphilis, l'absence de cicatrisation centrale, le prurit à recrudescence nocturne au niveau des taches. On recherchera l'intradermoréaction à la trichophytine et la variété de trichophyton.

De même, les trichophyties palmaires et plantaires, eczématiformes et kératosiques sont à différencier des syphilides palmaires et plantaires tardives psoriasiformes. Carle et Carrère (in *Ann. de dermat. et de syph.*, 1916, p. 193), ont rapporté un cas de trichophytie typique, rebelle au traitement iodé, qui fut guéri en quinze jours par le mercure.

Le sycosis trichophytique peut simuler des syphilides tuberculeuses en nappe. Toutefois, il se différencie de ces dernières parce qu'on trouve un agglomérat de folliculites suppuratives qui enchâssent la base des poils. « Le caractère de macaron sycosique, qui, avant tout, est ponctué de suppuration, n'a pas la base massivement indurée de la syphilide tertiaire. » (Barthélémy).

Tournier, dans sa thèse, cite le cas communiqué par le Professeur Lailler d'une gomme de la lèvre supérieure prise pour du sycosis de la moustache. Briquet rapporte deux cas de sycosis syphilitiques méconnus.

VI. — *Diagnostic différentiel avec les ulcères variqueux.*

Fournier disait : « Il est absolument commun que les ulcérations syphilitiques siégeant aux jambes soient méconnues

comme nature et considérées comme des variqueuses ». Le diagnostic entre les ulcères gommeux ou les gommes syphiliques et les ulcères variqueux est donc à faire. Mais avant de décrire les différences dans l'aspect morphologique des lésions, faisons une remarque : « Bien des ulcères de jambes d'aspect typique se voient chez des syphilitiques avérés ou dans des cas de syphilis ignorée et guérissent par la médication spécifique » (Darier). Aussi nous semble-t-il inutile de décrire longuement des différences d'aspect clinique. Posons qu'on doit, chez tout malade porteur d'ulcères variqueux, rechercher la syphilis par tous les moyens à notre disposition.

Cependant, nous ne saurions passer sous silence les différences objectives qui existent entre l'ulcère variqueux et l'ulcère syphilitique.

Les syphilides ulcéreuses siègent sur la face externe des jambes alors que l'ulcère variqueux, unique ou multiple, avec tendance à la coalescence, siège au dessus de la malléole interne; l'ulcère gommeux a une forme ronde ou polycyclique, l'ulcère variqueux, « habituellement irrégulier de contour » (Cormier), a une configuration ovalaire. Les bords décollés de l'ulcération syphilitique ne s'accompagnent pas de « l'ambiance variqueuse : dilatations, varicosités, pigmentation » (Barthélemy), tandis que l'ulcère variqueux a des bords adhérents et en pente douce ou taillés à pic, décollés, parfois « épaissis et calleux » (Darier). La sensibilité est troublée à son niveau. A son pourtour existe « une zone infiltrée ou rouge eczématoïde ou simplement maculeuse, jaunâtre, constituant une dermite fibreuse hypertrophique avec une zone pachydermique » (Cormier). La peau, les muscles adhèrent aux os qui sont hyperostosés, hypertrophiés (dans les vieux ulcères). D'autres fois, la peau, au voisinage de l'ulcère est en état d'atrophie scléreuse. Les varices enfin donnent lieu à des pigmentations en placards de couleur marron ou des télangiectasies prédisposant à l'eczéma et aux infections microbiennes.

Fournier montrait que les varices étaient un point d'appel des ulcères gommeux et les éternisaient. Ils constituaient un hybride : l'ulcère syphilo-variqueux.

Observation XLVII.

(Rapportée par le Docteur Bouzom.)

M. X... vient nous voir pour des ulcères variqueux, siégeant à la jambe droite et d'autres lésions ulcéreuses siégeant au niveau de l'avant-bras droit. Les premiers datent de neuf ans, les seconds sont récents. Ajoutons que le malade est passablement variqueux. Il a subi un grand nombre de traitements, il a même été envoyé à Barèges plusieurs années de suite, sans résultats. Les bords polycycliques et taillés à pic de ces nombreuses ulcérations nous inclinent à penser à leur origine spécifique. Pressé de questions, cet homme finit par avouer avoir contracté un chancre il y a une dizaine d'années. Traitement antisyphilitique : guérison des lésions antibrachiales en trois semaines, des lésions jambières en trois mois.

Observation XLVIII (Résumée).

(Rapportée par le Docteur M. Briquet.)

Ulcère de jambe à étiologie spécifique méconnue.

X..., 55 ans, est soignée par nous depuis dix ans pour un énorme ulcère de jambe faisant presque le tour du mollet. Femme obèse; nombreuses varices aux jambes, aux cuisses, et à la vulve. Tous les traitements ont été essayés sans résultats bien sensibles, et nous attribuons cet insuccès à l'obésité et au fait que la malade n'a jamais voulu rester au lit suffisamment. En 1913, à la suite d'une maladie intercurrente (grippe sérieuse), l'ulcère de jambe s'est aggravé. On constate une plaque de gangrène large comme la paume de la main, qui dégage une odeur fétide.

Nous pensons à un diabète possible; il n'y a ni sucre ni albumine. Sans aucune conviction, et à titre de pur essai, nous essayons l'iodure, 0 g. 50 d'abord, puis 1, 2, 3 grammes par jour. Immédiatement, la situation change, l'état général s'améliore, la plaie se déterge et, en deux mois, la guérison était complète. Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur l'existence d'une syphilis antérieure. Mari mort de tuberculose. Une seule fille assez délicate, mais ne paraissant pas hérédo-syphilitique.

VII. — *Diagnostic différentiel avec des maladies coloniales.*

A. — Le pian.

Cette autre affection spirochétienne réalise des lésions à différencier de la syphilis. Les pianomes disposés en couronne ou en nappes de contour polycyclique ont un aspect syphiloïde. Le centre des lésions, non ulcéré, tend à s'affaisser, tandis que le pourtour est le siège d'un soulèvement bulleux. Ces lésions sont prurigineuses et ne sont pas monomorphes comme les syphilides tuberculeuses, car on retrouve en même temps divers pianomes à des stades évolutifs différents; leur aspect papillomateux les différencie des tubercules syphilitiques.

Le B.-W. est positif comme dans la syphilis et nous voyons évoluer dans la période tertiaire du pian des gommes des parties molles qui engendrent des ulcères gommeux.

« Pour un médecin expérimenté, nous dit le Docteur Hasselmann, du Sud-Africain, le diagnostic différentiel des manifestations tardives ulcéreuses de la syphilis et du pian devient insurmontable. Les lésions pianiques, excepté le mama-pian persistant, qui a survécu jusqu'à cette époque tardive, peuvent donner lieu subitement à des ulcérations nécrosantes. Celles-ci peuvent même s'étendre sous les téguments dans la profondeur, dans les tissus osseux et cartilagineux. En dehors de ces conditions, les ulcérations tardives du pian arrivent cliniquement à ne pas pouvoir être différenciées des gommes syphilitiques. Je vais plus loin; la possibilité de l'infection simultanée, pian et syphilis, a été expérimentalement établie. »

Hasselmann conclut que, dans le cas de syphilis et pian associés, le pian amènerait une répartition plus égale des ulcérations syphilitiques sur les deux jambes, tandis que le

pian seul affecterait, le plus fréquemment, les extrémités distales des membres plutôt que n'importe quelle autre partie du corps.

B. — Les ulcères de pays chauds.

Ils sont à différencier des ulcères syphilitiques. Gaucher et Touvenaint (communication à la Société de dermatologie de Paris, 1896), faisaient ressortir la difficulté du diagnostic de l'ulcère annamite avec la gomme syphilitique, car « il y a, dans les deux cas, nodosité et bourbillon » (Cormier). A ses débuts, l'ulcère phagédénique du Tonkin peut être confondu avec des syphilides tertiaires (Boinet, *Annales de dermatologie*, 1890). Ces ulcères ont des caractères propres : lésions arrondies ou à contours orbiculaires, cupuliformes, à bords saillants durs, à fond grisâtre, recouvert d'une fausse membrane diphtéroïde. Ils revêtent une allure lentement extensive en surface, ou une allure grave phagédénique, creusante, sphacélant tous les tissus jusqu'aux os. L'odeur est caractéristique. Dans la fausse membrane on trouve la symbiose fuso-spirillaire de Le Dantec-Vincent.

L'aspect des lésions à leur début (arrondies, souvent multiples, à bords taillés nettement), peut faire penser à des syphilides ulcéreuses. Il arrive fréquemment que les malades soient d'anciens syphilitiques; on recherchera alors tous les autres signes de la syphilis. Darier fait remarquer que le B.-W. dans le sang peut être temporairement positif. Quoi qu'il en soit, on ne peut préciser exactement la part qui revient à la syphilis dans l'allure de ces ulcères. On trouve fréquemment que les membres inférieurs des malades ont été atteints par d'autres affections : craw-craw, filaires, pian, points d'appel pour les ulcères tropicaux. Le régime alimentaire carencé des malades a été aussi incriminé. Hasselmann, contrairement à Mc Cullogh, qui déclare que l'ulcère tropical du Nigéria est un « ulcère diététique », dit que « l'état de carence de l'organisme ne doit pas entrer en ligne de

compte ». Il est « convaincu que la symbiose bien connue des spirilles et du bacille fusiforme n'est pas sans importance dans l'étiologie de la plus grande majorité des ulcères dits tropicaux. Dans aucun cas, l'actinomycose, la blastomycose, la leishmaniose, la lèpre et la sporotrichose ne furent trouvés. »

Concluons que les ulcères tropicaux ont une étiologie souvent mixte et qu'il ne faut pas négliger de rechercher la syphilis.

C. — Les manifestations cutanées de la leishmaniose.

Siégeant sur les parties découvertes, les lésions sont constituées par une papule rouge qui se transforme en bouton devenant rapidement hyperkératosique ou ulcéreux. Dans ce cas, sous une croûte jaune brun très adhérente, l'ulcération est ronde ou irrégulièrement ovalaire, à fond rouge jaunâtre, granuleux, mamelonné, ne donnant pas issue à du pus, mais à une sécrétion gommeuse jaunâtre. Les bords sont déchiquetés, taillés à pic ou décollés; il existe une aréole rouge à son pourtour. On peut penser à une ulcération gommeuse syphilitique. On recherchera comme toujours tous les signes de cette affection. Après avoir examiné la lésion, on notera l'infiltration qui existe comme dans une lésion tertiaire, on remarquera des points jaunes purulents qui peuvent exister au puortour de l'ulcère, une lymphangite et une adénopathie inflammatoire. Laveran disait : « La peau qui sépare les boutons de Biskra les uns des autres a une teinte rose ou terreuse, et jamais la teinte cuivrée ou maigre de jambon des syphilides. » (Cité *in* thèse Cormier.) La notion d'origine (pays à leishmaniose) est importante. Le Wassermann n'est pas influencé.

D. — Le granulome ulcéreux vénérien.

C'est une affection nodulaire qui réalise de vastes placards granuleux végétants ou des ulcérations à fond creux, rouge, suintant. Ces lésions font penser au phagédénisme chancrelleux ou à l'association syphilis phagédénique et chancre mou. On pourra trouver dans la sérosité le diplobacille de Donovan. Quoi qu'il en soit, on recherchera la syphilis pour l'éliminer.

VIII. — *Diagnostic différentiel avec le mycosis fongoïde.*

Le diagnostic différentiel entre les syphilomes en nappe et les gommes peut se poser avec le mycosis fongoïde à sa période d'état. En effet, ce dernier réalise des placards infiltrés en relief ou des tumeurs qui peuvent survenir d'emblée (Brocq) sans avoir été précédés d'éruptions prémycosiques. Ces placards affectent des dispositions arciformes ou des formes arrondies comme des syphilides tuberculeuses en nappe. Les tumeurs ont un volume variable allant de celui d'une cerise à celui d'une grosse noix. Elles sont plus ou moins fermes, d'un rouge sombre, classiquement assez souvent étranglées à leur base, bosselées.

Elles peuvent prendre une forme hémicerclée, en croissant ou polycyclique. Il arrive qu'elles se résorbent, se ramollissent ou s'ulcèrent. « Elles s'excavent en cratères, semblables à ceux des gommes ulcérées. » (Besnier.)

A la période d'état, on se basera pour différencier le mycosis sur la constatation des signes cliniques suivants : le prurit, signe initial; la persistance d'éruptions polymorphes, érythémateuses, eczémateuses, lichénoïdes; l'érythrodermie prémycosique que le malade a pu présenter; la polyadénopathie généralisée, enfin le temps d'évolution toujours long. L'anatomie pathologique montrera des thèques intraépithéliales caractéristiques avec infiltration massive du derme et de l'hypoderme. La formule leucocytaire montrera une leuco-

cytose ou un état subleucémique. On recherchera les antécédents spécifiques du malade, la réaction de B.-W.

Dans un cas de mycosis à forme tumorale d'emblée, que notre Maître M. le Profeseur Petges a eu l'occasion d'observer, on pouvait noter une érythrodermie légère évoluant depuis trente ans. Des tumeurs avaient disparu spontanément après avoir évolué un certain temps. Le malade avait eu des furoncles. Il présentait au niveau de la cuisse gauche des plaques infiltrées, arciformes. Une biopsie ne donnait pas de renseignements positifs en faveur du mycosis, pas de thèques intraépithéliales, mais un polymorphisme cellulaire.

Cependant, en faveur d'une syphilis tertiaire, il manquait des antécédents; sa femme n'avait jamais eu d'avortement. Le B.-W. du malade est négatif. Un traitement d'épreuve par le benzoate de mercure amena une grande amélioration, mais il est possible qu'il ait coïncidé avec une période de guérison spontanée des lésions. Par la suite, le traitement n'eut plus aucune action et le mycosis reprit sa marche inexorable (vaste ulcération et infiltration de la face postérieure de la cuisse gauche, érythrodermie sur les fesses, le dos, prurit; mauvais état général).

Rapprochons des lymphodermies le cas rapporté par Favre et Manhès d'une syphilis aphlegmasique à infiltrats durs du type lymphodermique. Il s'agissait d'une lésion très atypique de la face lentement développée sous forme d'un placard d'une remarquable dureté, infiltrant la joue. Cette induration intrapariétale, qui déformait la région, rappelait par sa consistance et son évolution aphlegmasique certains infiltrats lymphodermiques. L'examen anatomo-pathologique avait fait considérer la lésion comme tuberculeuse, sur la constatation de cellules épithélioïdes et géantes. Il s'agissait cependant de syphilis, attestée par les réactions sérologiques et par l'épreuve rapidement décisive et complète du traitement.

Favre et Manhès concluaient que le cadre actuel de la syphi-

lis, si large soit-il, ne renferme pas toutes les manifestations qu'elle est capable d'engendrer.

IX. — *Diagnostic différentiel avec des affections diverses.*

Il existe maintenant toute une série d'affections inflammatoires ou tumorales, qui ont, dans quelques rares cas, donné lieu à des erreurs de diagnostic. On cite par exemple quelques *lipomes* qui ont pu être pris pour des gommes à leur début, car ce sont aussi de petites tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané, bien circonscrites, mobiles, ovoïdes, aphlegmasiques. Ce qui différencie les lipomes des gommes c'est qu'ils sont « indéfiniment chroniques » (Fournier), ils n'évoluent pas. « Et si l'on hésite en l'absence d'antécédents valables de syphilis, la séro-réaction et le traitement d'épreuve doivent être faits. » (Barthélémy.) Gougerot a pourtant décrit des gommes syphilitiques lipomateuses.

Le *furoncle* a pu donner lieu à l'erreur grossière de diagnostic avec la gomme. On doit bien se rappeler les caractères du furoncle : calor, rubor, tumor, dolor; il aboutit à l'élimination d'un bourbillon, « mais pas comme la syphilis, consécutivement à la production d'une tumeur originairement et longuement aphlegmasique » (Fournier).

La même remarque s'applique à l'*anthrax*, dont Barthélémy disait qu'en face d'une ulcération cratériforme se présentant en dehors de toute notion d'antécédents et d'évolution, on avait tendance à la traiter de gomme. « Il faut, dit-il, se souvenir du moulage cité par Fournier : « Tout le monde s'écrie » en le voyant : La superbe gomme ! Il s'agit d'un anthrax » ulcéré de la fesse. »

De même, la littérature permet de retrouver des syphilis tertiaires qui ont été prises pour des abcès dentaires banaux.

Observation XLIX.

(Rapportée par M. le Professeur G. Petges, MM. les Docteurs A. Petges et G. Beaumont.)

Syphilides ulcéro-gommeuses secondo-tertiaires et ostéo-périostites syphilitiques méconnues.

Mme X... (Jeanne), 54 ans, ménagère, vient à la Clinique dermatologique le 25 mai 1932 pour des lésions cutanées siégeant au niveau de la face et du cou.

Le début remonte à trois mois environ. Il a été marqué par l'apparition de deux petites tuméfactions siégeant, l'une au niveau de l'angle du maxillaire inférieur à droite, l'autre à la partie interne de la région sus-claviculaire du même côté, tuméfaction très douloureuse, spontanément et à la pression. A ce moment-là, la malade ayant beaucoup souffert du maxillaire inférieur droit, a été examinée par un stomatologiste, qui procéda à l'avulsion de la dernière grosse molaire droite; malgré cela, elle continua à souffrir beaucoup de son maxillaire et crachait du pus en abondance. Elle fut examinée par un oto-rhino-laryngologiste, puis adressée à M. le Docteur Dubernard, qui, le 10 mars dernier, réséqua une partie de la branche horizontale droite de son maxillaire inférieur formant séquestre.

Il y a un mois environ, se sont développées les lésions actuelles, qui avaient été considérées comme des fistules consécutives à des abcès dentaires au moment de l'intervention. Elles se disposent en deux groupes.

Le premier, siégeant dans la région parotidienne droite au-dessus du lobule de l'oreille, se présente comme un placard rouge en forme de médaillon ovalaire à grand axe vertical, légèrement surélevé, ayant la dimension de deux pièces de un franc juxtaposées. Les bords ne sont pas nettement délimités, et, entre la peau saine, existe une bordure violacée. Ce placard repose sur une base infiltrée qui est mobile sur les plans profonds, l'ensemble des lésions se mobilisant en masse lorsqu'on saisit entre les deux doigts chacun des points de ce placard; on s'aperçoit qu'il est formé de tubercules ulcérés de consistance ferme, recouverts par une épaisse croûte brunâtre. La palpation est absolument indolore; pas de ganglions sous-maxillaires.

Le deuxième groupe siège au niveau de la région sus-claviculaire droite. Il est formé de 5 à 6 tubercules de même dimensions, rouges, recouverts de croûtes adhérentes; ils se disposent en cercles. La palpation de chacun des éléments montre qu'ils ont le même caractère que ceux déjà décrits. Au niveau de la nuque est apparu depuis huit jours un élément isolé, semblable à ceux que nous venons de décrire.

D'autre part, depuis environ trois semaines, il existe au niveau du manubrium sternal, une tuméfaction indolore qui a grossi peu à peu. Actuellement, il fait corps avec l'os, alors que la peau est complètement mobile à son niveau. La pression au centre de cette tuméfaction montre un point ramolli et douloureux.

Depuis quelque temps, la malade se plaint de douleurs au niveau des membres supérieurs, particulièrement au niveau du coude gauche, où sont apparues une tuméfaction périarticulaire et une gêne fonctionnelle très marquée. Douleurs très vives dans le bras gauche et au niveau du pied gauche; douleurs profondes, térébrantes, à prédominance nocturne, résistant aux analgésiques.

Antécédents. — Peu d'antécédents pathologiques; toutefois, il y a trois ans, une angine persistante qui a duré une quinzaine de jours et qui s'accompagna quelque temps après d'une chute de cheveux. Depuis, céphalées tenaces.

Cette femme, qui a été mariée à 17 ans, a eu 7 grossesses à terme, la dernière remonte à 13 ans; pas de fausse couche. Divorcée depuis quatre ans.

Examen. — Depuis quelques mois, perte de l'appétit.

1° Téguments : Pas d'autres lésions à part celles déjà décrites.

2° Appareil ganglionnaire : Pas de ganglions anormaux (en particulier pas de ganglions épitrochléens).

3° Squelette : Membres supérieurs : à droite, au niveau de l'extrémité supérieure du cubitus, périostite douloureuse; à gauche, périostite au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus. Les mouvements articulaires sont possibles;

Membres inférieurs : rien au niveau des jambes, mais le dos du pied gauche est déformé, augmenté de volume, douloureux à la pression.

4° Appareil cardio-vasculaire : Rien au niveau du cœur et de l'aorte. Tension artérielle : Mx, 17; Mn, 7.

5° Système nerveux : Les réflexes sont normaux, pas de signe d'Argyll-Robertson.

Examen de laboratoire. — Réaction de B.-W. fortement positive.

En résumé, nous nous trouvons en face de lésions cutanées

ulcéro-gommeuses et d'ostéo-périostite syphilitique caractéristiques.

L'intérêt que présente l'observation de cette malade réside dans ce fait qu'il y a trois mois, au moment de l'apparition des premiers symptômes cutanés, elle a présenté des manifestations osseuses au niveau du maxillaire inférieur droit, à évolution rapide, ne paraissant pas avoir été provoquées par des lésions dentaires concomitantes, manifestations probablement de même origine que les lésions sternales actuelles et qui ont été traitées chirurgicalement. Le diagnostic de syphilis osseuse n'étant vraisemblablement pas possible parce qu'il existait un séquestre à ce moment-là.

Actuellement, il paraît évident par l'aspect de ces ulcérations gommeuses multiples, qui ne réalisent ni le tableau classique des gommes franches tertiaires, moins multiples et plus volumineuses, ni le type des accidents ulcéreux typiques de la période secondaire, généralement moins infiltrés et moins profonds, qu'il s'agit d'accidents syphilitiques du type secondo-tertiaire, au cours d'une syphilis maligne et méconnue, dont la virulence a une grande activité puisque nous trouvons des manifestations cutanées multiples, des lésions osseuses disséminées, sternum, cou-de-pied, avant-bras, coude, etc., et que la malade a présenté également des douleurs nocturnes très pénibles. Ces douleurs ont résisté à tous les traitements, en l'absence d'un traitement spécifique.

L'infection est relativement récente. Nous pouvons la faire remonter à trois ans, à l'époque de cette angine persistante avec céphalée et chute de cheveux signalées dans les antécédents et survenue après le divorce de la malade.

L'hypothèse d'une syphilis plus ancienne est difficilement soutenable, la malade ayant eu 7 grossesses sans fausse couche.

Pour être complets, nous devrions cependant discuter le diagnostic d'actinomycose cervico-faciale, mais l'absence de dureté ligneuse, d'adhérence en profondeur, de tendance à envahir en masse plusieurs épaisseurs de tissus, l'absence d'écoulement contenant des grains jaunes, nous permet d'éliminer cette affection. De même nous éliminons la possibilité d'une tuberculose cutanée, ne fût-ce qu'en raison de la rapidité de formation de ces lésions.

L'épreuve du traitement mercuriel, commencé depuis quelques jours, est aussi en faveur du diagnostic clinique de syphilis qu'une réaction de B.-W. positive vient confirmer.

Le phlegmon diffus a été confondu avec l'infiltration gommeuse.

Observation L (Inédite).

Gomme méconnue de l'avant-bras et du creux poplité.

Mme B... (Eugénie), 54 ans, marchande ambulante, se présente à la consultation de la Clinique dermatologique, le 20 janvier 1932, pour des lésions de l'avant-bras et du creux poplité.

Elle aurait eu un phlegmon de l'avant-bras droit qui fut incisé. La cicatrice qu'elle présente témoigne d'une incision profonde et large puisqu'elle occupe l'extrémité inférieure de la face antérieure de l'avant-bras et puisqu'il existe à ce niveau une perte de substance profonde allant jusqu'au cubitus. Elle est encore violacée et présente en un point une zone fluctuante.

L'allure générale de cette lésion fait penser à une spécificité tertiaire, car il existe d'autre part, au niveau du creux poplité gauche, plusieurs ulcérations gommeuses typiques à bord nets, en disposition annulaire, à contours polycycliques.

Dans ses antécédents, on trouve une fausse couche de 6 mois; le 21 janvier 1932, son B.-W. était fortement positif, le Vernes résorcine = 80. Il n'y avait pas d'albumine dans ses urines.

Le traitement a été commencé par du sirop de Gibert; localement, on lui a prescrit une pommade au précipité blanc. Le 29 janvier 1932 on constatait une amélioration notable des lésions. Par la suite, elle reçut un traitement arséno-bismuthique. Le 25 avril le B.-W. était encore fortement positif. Le traitement fut continué au dispensaire d'Agen; par la suite, son B.-W. est devenu négatif.

Observation LI.

(MM. Louste et Golé.)

Gomme syphilitique de la jambe incisée chirurgicalement. Vaste ulcère gommeux consécutif.

Mme C... (S.), âgée de 62 ans, voit apparaître, il y a huit mois, à la partie moyenne de la face externe de la jambe droite, une petite masse de la grosseur d'une noix, indolente, ne s'accompagnant d'abord d'aucune modification des téguments. Cette masse paraît augmenter progressivement, mais lentement, de volume. Malgré l'absence de tout signe inflammatoire, elle fut incisée chirurgicalement il y a quatre mois. Par l'incision s'écoule, non pas

un pus franc, mais une « sérosité blanc rosé ». Des pansements sont continués pendant trois mois, mais une fistule persiste au centre, tandis qu'une infiltration diffuse s'étend à la périphérie. Le 30 septembre, on se décide à pratiquer, non un B.-W., mais une nouvelle biopsie. Ce fragment fut examiné dans un excellent laboratoire qui concluait : « Lésions tuberculeuses ou syphilitiques. Pas de transformation tumorale décelable. »

Malgré cet avis motivé, les pansements demeurent la seule thérapeutique envisagée. D'ailleurs, après cette deuxième incision, l'ulcération gagne en profondeur et en étendue.

Elle entre en salle Biett le 24 octobre. On constate à ce moment : une large ulcération occupant tout le tiers supérieur de la face externe de la jambe droite. Cette ulcération à grand axe vertical mesure 10 centimètres de haut sur 4 à 8 centimètres de large. Elle est régulièrement taillée comme à l'emporte-pièce. Ses bords, taillés à pic, sont entourés d'une aréole rouge vineux. Le fond, recouvert d'un enduit purulent, est constitué par les muscles péroniers mis à nu. Il existe une infection secondaire manifeste, ainsi qu'en témoignent les fusées purulentes qui décollent les bords de l'ulcération en bas et en avant, d'où une douleur assez vive à la palpation et l'apparition récente d'une adénopathie inguinale. Mais il n'existe aucune lésion osseuse sous-jacente ou de voisinage. On est frappé aussi par l'absence totale de toute varice à la jambe ou à la cuisse.

Par ailleurs, notre malade ne présente aucun antécédent pathologique digne d'être noté. L'examen des différents appareils est complètement négatif. Les réflexes sont normaux. Rien au cœur. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Elle n'a jamais eu d'enfant, jamais présenté de fausse couche. Son mari est mort morphinomane, sans accident apparent de nature syphilitique.

Pratiqués dès l'entrée, le B.-W. et le Hecht ont été fortement positifs. Ils constituent le seul signe de syphilis chez cette malade, et le traitement a déjà amélioré considérablement la lésion.

Dans cette observation, l'aspect de la lésion est typique de l'ulcère gommeux géant. Il aurait dû faire songer d'emblée à la syphilis. C'est pourtant une intervention chirurgicale qui est décidée. Des faits de ce genre ont été souvent signalés.

D'autre part, chez notre malade, un examen anatomo-pathologique avait éveillé l'idée de syphilis. Le B.-W. s'imposait et il était positif. S'il avait été négatif, il est à craindre que l'éventualité d'un traitement d'épreuve (traitement d'épreuve énergique) n'ait encore été différé.

Les syphilides ulcéro-croûteuses du visage ont donné lieu à des méprises avec de l'*impétigo*. Cependant, il existe des différences basées sur la nature même et la durée des lésions. Les pustules de l'impétigo érodent simplement le derme, tandis que les syphilides creusent profondément. Ces lésions d'impétigo situées au niveau du visage chez un adulte doivent donner l'éveil, et si enfin elles durent et sont rebelles au traitement habituel, il faut penser à la syphilis.

Observation LII.

(MM. Gaté et Charpy.)

Syphilis discrète de l'aile du nez à forme impétigoïde.

Il s'agit d'un individu de 35 ans, sans antécédents pathologiques, et chez qui, en particulier, on ne retrouve aucune histoire nette de spécificité avouée ou reconnue. Les lésions ulcéro-croûteuses discrètes, pour lesquelles le malade est venu à la consultation du service hospitalier de l'Antiquaille, le 22 septembre dernier, revêtaient un masque banal. D'ailleurs, le praticien distingué qui le soignait s'y était trompé et avait prescrit un traitement par l'eau d'Alibour, et des applications de pommades à l'oxyde jaune de mercure. Cependant ce traitement s'est montré absolument inopérant; d'autre part, tout ceci évoluait depuis six mois déjà sans amélioration; au contraire, les lésions gagnaient lentement vers la périphérie; enfin, si on soulevait les croûtes à l'aide d'un instrument mousse, on mettait à jour des pertes de substance étroites et profondes, taillées à pic, véritables puits dermiques qui évoquaient immédiatement l'idée de gommules ramollies en voie d'élimination. Il n'y avait pas d'adénopathie; la réaction de Wassermann était fortement positive dans le sang, et un traitement spécifique obtint rapidement des résultats durables. Ce malade est actuellement guéri.

Les syphilides tertiaires ulcéreuses, anciennement appelées ecthyma syphilitique, sont souvent prises pour des lésions d'*ecthyma* aux membres inférieurs. « On ne pense qu'à l'ulcération et on ne tient pas compte, pour le diagnostic, du tissu gommeux, infiltré, épaissi, résistant au toucher, qui entoure cette ulcération et dans lequel elle s'est creusée. » (Barthélémy.)

Observation LIII (Résumée).

(Carle et Carrère, *in* thèse Briquet, p. 13.)

Ecthyma syphilitique méconnu.

X..., soldat, ecthyma des jambes persistant depuis quatre mois, malgré le repos et les traitements locaux habituels. Le B.-W. est négatif. On commence à croire que le sujet est un simulateur et qu'il entretient ses lésions. Guérison rapide par le traitement spécifique.

Des syphilides tuberculo-croûteuses serpigineuses ont pu être qualifiées d'*eczéma*.

Observation LIV (Résumée).

(MM. Gaté, Charpy et Guilleret.)

Malade entrée dans le service de dermato-syphiligraphie (Antiquaille), il y a un mois, pour des lésions « d'eczéma » du thorax persistant depuis plusieurs mois, et sur lesquelles les thérapeutiques habituelles semblaient n'avoir eu aucun effet.

Antécédents personnels. — Agée de 40 ans, fièvre typhoïde à l'âge de 25 ans. A mené à bien 3 grossesses de paternités différentes. Actuellement enceinte de 8 mois à nouveau. Il y a trois ans, elle a été brûlée gravement au niveau de la partie supérieure du thorax et de la région cervicale gauche par un jet d'huile bouillante. La cicatrisation s'est faite très lentement en un an. Un mois plus tard, en marge de la cicatrice, on a vu apparaître une lésion cutanée de l'étendue d'une paume de main, étiquetée « eczéma » et soignée comme telle par un régime interne et des applications anodines. Cette lésion a mis un an et demi à disparaître complètement. Enfin, quatre mois plus tard, une nouvelle lésion apparaît, identique à la première et telle que nous pouvons l'observer actuellement.

Elle est située dans la région sous-claviculaire gauche, en bordure de la vaste cicatrice dépigmentée de la brûlure, qui occupe toute la partie supérieure du thorax. Elle est large comme une paume de main, bien circonscrite, de contour arrondi, nettement

tuberculo-croûteuse, avec un centre beaucoup moins infiltré et d'aspect cicatriciel; on ne note ni vésicule, ni suintement. Les ganglions axillaires ne sont pas hypertrophiés. L'allure de cette lésion, dont l'évolution semble nettement extensive, est excentrique; le caractère nodulaire de l'infiltration périphérique, l'aspect des ulcérations que l'on dégage sous les croûtes et qui sont torpides, indolentes, assez creusées, framboisées, orientent vers l'idée d'accidents de syphilis tertiaire.

Par ailleurs, existence d'une rhinite tertiaire croûteuse et fétide avec perforation de la cloison (examen rhinoscopique pratiqué dans le service de M. le Prof. Collet).

Ajoutons qu'au point de vue général, l'examen est absolument négatif. Aucun trouble nerveux, ni viscéral quelconque, la réaction de B.-W. est négative dans le sang.

Le cas de cette malade est intéressant. D'abord, par l'allure torpide des manifestations cutanées, dont on a si facilement méconnu la nature spécifique et qui ont pu passer pendant près de deux ans pour des lésions banales rentrant dans le cadre de l'eczéma; par l'association chez une même malade à des lésions indiscutables de syphilis tertiaire, d'un bilan obstétrical qui semble parfaitement normal, et par la localisation des lésions cutanées, la cicatrice de brûlure ayant joué un véritable rôle d'appel dans la détermination des manifestations morbides.

M. Gaté signale que ces syphilides furent rapidement guéries par le traitement antisyphilitique; la rhinite fut améliorée, mais non complètement guérie, une intervention devait être faite ultérieurement pour ablation d'un séquestre osseux responsable de la persistance des lésions.

Le *psoriasis* a été aussi diagnostiqué à tort alors qu'il s'agissait de syphilides psoriasiformes. « Elles sont toujours fermes au toucher, habituellement circinées, cantonnées, régionales, peu nombreuses; de plus, leur guérison est suivie de cicatrices. » (Darier.)

Briquet cite une observation de syphilides psoriasiformes méconnues pendant deux ans et ayant résisté à de très nombreux traitements du psoriasis; seul le traitement spécifique en eut raison.

La syphilis tertiaire peut causer, très rarement il est vrai, des rétrécissements urétraux, dont l'origine syphilitique peut

être méconnue. Lacassagne et Rousset, traitant de cette question, ont rapporté un cas de Garriga (*Acta Derm. Sifil.*, XX, 1928, p. 258) qui fut diagnostiqué par le traitement d'épreuve.

Gougerot rapporte l'observation suivante :

Observation LV (Résumée).

(Gougerot.)

Rétrécissement de l'urètre syphilo-gonococcique.

Malade syphilitique qui s'ignore, a eu plusieurs blennoragies à 17, 18, 20, 23 ans, sans complications, il conserve une uréthrite chronique qui se réchauffe par de multiples superinfections. Vers 32 ans, commencent les signes de rétrécissement de l'urètre qui l'effraient beaucoup. Dilatation, échec; urétrotomie interne à 34 ans, récidive presque immédiate; deuxième urétrotomie interne à 37 ans, encore suivie de récidive, puis une troisième à 38 ans, qui ne réussit pas davantage.

Six mois après cette troisième urétrotomie, qui ne l'a pas guéri, il vient me voir pour de l'herpès génital, me raconte sa longue histoire urétrale. En l'examinant, je constate un signe d'Argyll-Robertson commençant. Le B.-W. est positif total : Ho. D'autre part, il a toujours son urétrite chronique, goutte purulente matinale, gros filaments à chaque miction de la journée, et son rétrécissement. L'examen direct du pus montre des cocci Gram négatif, du colibacille et de rares gonocoques typiques.

Traitement au cyanure, puis au 914; par la suite, séries de bismuth, d'iodure, d'arsenic. A notre grand étonnement, les signes fonctionnels de rétrécissement urétral disparaissent dès le milieu de la cure, et un examen local à la fin de la cure montre la guérison presque complète de la sténose. Il reste une virole cicatricielle large. Cette guérison, après trois échecs de l'urétrotomie sans traitement local, prouve que cette sténose était, pour une part importante, syphilitique.

CHAPITRE III

PRONOSTIC

Le pronostic *quoad vitam* des lésions tertiaires cutanées est bon; ce sont les syphilis tertiaires viscérales qui peuvent entraîner la mort « d'une façon rapide, presque sidérante », comme Fournier le montrait par des exemples impressionnants. Méconnues, c'est-à-dire non traitées, les syphilis cutanéo-muqueuses entraînent, suivant leur localisation, des lésions graves, mutilantes. Aussi peut-on dire que leur pronostic *quoad futuram* dépend du temps d'évolution des lésions, et de leur ancienneté, et de leur siège.

Au niveau du visage, ce sont des mutilations affreuses, qui font du malade une épave sociale, comme dans le cas de l'observation I. Au niveau des membres, c'est une impotence fonctionnelle soit totale, quand l'amputation a été pratiquée, comme dans un cas de pseudo-sarcome; soit très sérieuse, lorsque de grandes incisions de prétendus phlegmons limitent le jeu d'une articulation ou la fonction de pronation-supination par exemple. De plus, ces malades atteints seulement de lésions cutanées ou muqueuses sont toujours à la merci de complications nerveuses. Ils ne connaissent point l'éventualité d'une paralysie générale ou d'un tabes toujours possible; cela leur fait prendre leurs maux avec insouciance, mais le médecin considère toujours avec moins d'optimisme le pronostic futur.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Après avoir établi la certitude de diagnostic de syphilis tertiaire, ou dans un but de traitement d'épreuve, nous devons traiter le malade. Nous penserons que nous avons non seulement des lésions cutanéo-muqueuses à guérir, mais aussi une syphilis déjà ancienne à traiter à fond. De plus, pour éviter des mutilations, le syphilitique tertiaire doit être traité sans retard.

Il ne faut pas sous-estimer l'ancien traitement mixte mercuriel et ioduré, aux doses de 0 g. 02 de biiodure de mercure et de 2 à 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Plus vite et plus sûrement que dans n'importe quel autre genre de lésions syphilitiques, primaires ou secondaires, les accidents tertiaires cutanéo-muqueux disparaissent en général vite et bien, sous l'influence de ce traitement. Le médecin a encore, en quelque sorte, le droit de le mettre en œuvre sans recourir aux traitements modernes, d'autant plus qu'il ne s'agit pas de lésions contagieuses.

Mais, les résultats seront plus rapides avec ces traitements modernes qui déterminent la fonte de ces accidents, comme la neige fond au soleil, selon la comparaison d'Ehrlich.

On pourra recourir, avec les mêmes chances de guérison, aux traitements arséno-benzolés, bismuthiques, oléo-solubles et insolubles, et aux injections mercurielles de cyanure par voie intra-veineuse, ou de biiodure par voie intramusculaire, parmi les meilleures formes de la médication mercurielle.

Ce n'est pas le lieu d'entrer, ici, dans l'exposé détaillé de ces divers modes de traitement. Ils sont tous très bons.

La durée du traitement est plus difficile à régler : en général, un traitement intensif de six mois à un an, suivi de traitements mixtes par la bouche, sera suffisant.

Le praticien se laissera d'ailleurs un peu guider par les circonstances cliniques et les réactions sérologiques.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis est encore souvent méconnue. Elle se confond facilement avec la tuberculose (forme lupique), la lèpre (forme tuberculeuse), le cancer, les sarcoïdes, les mycoses, avec des maladies ulcéreuses coloniales et des affections diverses, parfois très banales.

II. — Les symptômes de la syphilis tertiaire sont bien connus et bien précisés, grâce aux travaux de Fournier. Il suffira souvent d'y penser pour trouver les éléments cliniques d'un diagnostic.

III. — Certains cas peuvent cependant laisser le clinicien dans l'incertitude, surtout en présence d'une réaction de Bordet-Wassermann négative. Il fera alors appel aux ressources du laboratoire, à la biopsie et au moyen toujours précieux du traitement d'épreuve.

IV. — Le traitement pourra être simplement mixte, c'est-à-dire mercuriel ioduré, dans les formes classiques; il suffira à guérir les lésions locales, mais sera insuffisant à guérir la maladie elle-même et à assurer l'avenir.

La recherche de la guérison de la maladie impose le recours aux médications alternées arséno-benzolée et bismu-

thique, oléo-soluble et insoluble, et aussi mercurielle et iodurée.

V. — La durée du traitement sera prolongée, une année environ de traitement intensif et ensuite des cures basées sur l'état général du malade, l'examen sérologique et la manière dont il supporte la médication.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
G. PETGES.

Vu : *Le Doyen,*
Pierre MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 novembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Allibe (Jules). — Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées. Thèse Lyon, 1907.

Ambler. — Valeur diagnostique de la réaction à la luétine. *Arch. of dermatol. and syphil.*, t. XXVIII, n° 3, sept. 1933.

Arlet (B.-L.-H.). — Contribution à l'étude du diagnostic de la syphilis héréditaire et de la tuberculose chronique (f. lupique) en O.-R.-L. Thèse Bordeaux, 1921.

Aubin (A.). — Les formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis nasale. *Ann. d'oto-laryng.*, oct. 1933, p. 1189-1194.

Aubin (A.) et Maduro (R.). — Les formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis tertiaire du nez et du pharynx. *Arch. internat. de laryng.*, n° 9, p. 1239-1254, déc. 1930.

Aubry. — Lésion vélo-palatine tuberculo-néoplasique chez un syphilitique. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 47, p. 758-760, août 1928.

Augagneur. — Etude sur les réactions des syphilitiques à la tuberculine. Thèse Lyon, déc. 1910.

Barthélémy (R.). — Les erreurs de diagnostic courantes dans la pratique peau et syphilis. *L'Hôpital*, n° 15, p. 235, avril, et n° 15, p. 546, oct. 1927.

— Dermatoses et syphilis. *Bull. méd. Paris*, n° 43, p. 694-698, 28 oct. 1933.

Belgodère (G.). — Gomme ulcérée, erreur de diagnostic. *Ann. des mal. vén.*, n° 25, p. 407-424, juin 1930.

Bernay (A.). — Les syphilides lupoïdes. Thèse Lyon, 1911.

Bensaude, Mézard et Godard. — Quelques cas de syphilis rectale sans rétrécissement. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, n° 20, p. 458-466, avril 1930.

— Rétrécissement rectal et syphilis. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, n° 20, p. 466-470, avril 1930.

Blacklock (D.-B.). — Rapport entre la syphilis et la framboisie. *Brit. Med. Journ.*, n° 1, p. 97-98, 21 janv. 1933.

Bouzom (G.). — La syphilis en chirurgie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, p. 905-909, 1924.

Briquet (P.-Ad.). — Les syphilis méconnues. Thèse Lille, 1922.

Chaput. — De la fréquence des syphilis méconnues. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1916, p. 506.

Chénelot (Em.). — Sur les gommes syphilitiques simulant des sarcomes. Thèse Lyon, 1910.

Chevallier (P.). — Le Wassermann permanent et irréductible chez les adolescents et les adultes hérédo-syphilitiques sans aucune tare apparente. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, R. D. Strasbourg, n° 39, p. 1108-1113, 8 mai 1932.

Cormier (M.-J.-H.). — Des syphilides ulcéreuses simulant l'ulcère variqueux. Thèse Paris, 1897.

Craps. — Un cas de syphilis tertiaire méconnue. *Le scalpel*, 85e année, n° 22, 28 mai 1932.

Darier. — Précis de dermatologie. Masson, édit., Paris, 1928.

Dauga (M.). — Des syphilides lupiformes du nez. Thèse Paris, 1907.

Dupasquier (D.). — Sur un nouveau cas de syphilis tertiaire de la face à forme d'infiltrat dur aphlegmasique à type lymphodermique. Ann. de derm. et syph., 6e série, VII, 1926, p. 301

Esmarch (Von). — Diagnostic des syphilomes et des sarcomes. *Ann. de dermat. et syph.*, 1895, et *Rev. de chir.*, 1896, p. 250.

Favre. — Sarcomes vrais et faux sarcomes. Syphilomes et sarcomes. *Lyon médical*, n° 34, p. 177-184, 21 août 1927.

Favre et Manhès. — Sur une forme anormale de syphilis de la face : la syphilis aphlegmasique à infiltrats durs du type lymphodermique. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 mai 1925.

Fernet (P.). et Girard (R.). — Lupus et syphilis tertiaire cutanée; les lésions hybrides. *Rev. méd. franç.*, 12, p. 133-135, févr. 1931.

Feulard. — Syphilis ignorée et méconnue; tumeur gommeuse de la cuisse datant de deux ans. *Ann. de derm. et syph.*, 1891, p. 161.

Foltz (P.). — La sérologie de la syphilis, valeur comparative des réactions de Wassermann, Meinicke (M. T. R.) et Kahn sur 8.000 sérums. *Minerva Médica*, XXIVe année, t. 1, n° 17, 28 avril 1933.

Foreau (F. R.). — Contribution à l'étude du diagnostic rétrospectif de la syphilis. Thèse Paris, 1922.

Fournier (A.). — Traité de la syphilis (per-tertiaire). 1906, t. II, J. Rueff, édit.

Franceschini (G.). — Syphilitic ulcers simulating varicose ulcers; case *Giorn. ital. di dermat. e sifil.*, n° 70, p. 1111-1114, oct. 1929.

Gastou et Fuchs. — Syphilis méconnue de la face d'apparence lupoïde. Influence du traumatisme sur l'évolution d'une syphilis latente d'origine probablement conceptionnelle. *Bull. Soc. franç. de derm. et syph.*, 1924, p. 490.

Gaté et Rousset. — Contribution à l'étude des sarcoïdes. Cas de syphilome à forme de sarcoïde. *Ann. des mal. vén.*, mai 1929, p. 321-329.

Gaté (J.) et Charpy (J.). — Syphilis tertiaire discrète de l'aile du nez à forme impétigoïde. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, R. D. Lyon, n° 39, p. 1602-1603, déc. 1932.

Gaté, Michel et Charpy. — Lésion annulaire marginée de la lèvre supérieure simulant un épithélioma à bordure perlée; syphilis ou tuberculose ? *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, n° 38, p. 114, 20 nov. 1930.

Gaté (J.), Michel (P.-J.) et Thévenon (J.-A.). — Sarcoïdes syphilitiques. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, R. D. Lyon, n° 39, p. 1600-1601, déc. 1932.

Gaté (J.), Charpy et Cuilleret (P.). — Rhinite syphilitique *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, R. D. Lyon, n° 39, p. 484, 17 mars 1932.

Gaté (J.), Charpy et Cuilleret (P.). — Rhinite syphilitique avec perforation de la cloison. Vastes syphilides tertiaires tuberculo-ulcéreuses et serpigineuses de la paroi antérieure du thorax développées sur des brûlures et non diagnostiquées. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, D. R. Lyon, n° 38, p. 385-387, 15 janv. 1931.

Gatellier et Weiss. — Pathogénie et traitement des rectites prolifférantes et sténosantes. XLIII[e] Congrès français de chirurgie à Paris, 8-13 oct. 1934. *Presse médicale*, n° 82, p. 1600, 1934.

Gaume (P.), Lafourcade et Maisonnet. — Syphilis tertiaire de l'urètre. *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, p. 266-270, 21 nov. 1932.

Gaumond (E.). — Syphilis diagnosis differential, diagnosis of tuberculosis. *Bull. Soc. méd. des Hôp. universitaires de Québec*, p. 153-161, mai 1933.

Goodman (H.) et Traud (E.-F.). — Frambesiform syphilid. *Arch. Derm. a syphil.*, VII, 1923, p. 619.

Gougerot (H.)., Blum (P.), Dechaume et Duché. — Association d'une actinomycose et d'une syphilis traitées par le novar. *Paris médical*, 1, p. 190-194, 4 mars 1933.

Gougerot (H.). — Surveillance et traitement des syphilitiques latents anciens. Syphilis tertiaires latentes; critères de guérison de la syphilis et traitement d'assurance contre la maladie. *Rev. gén. de chir. et thérap.*, Paris, 1926. XL, p. 545-548.

— Syphilis méconnue par erreur de biopsie. *Presse médicale*, n° 52, 1er juillet 1933.

— Hybrides de syphilis et de gonococcie. Rétrécissement de l'urètre syphilo-gonococcique. *Presse médicale*, n° 72, p. 1411, 9 sept. 1933.

— Gommes syphilitiques lipomateuses. *Ann. des mal. vén.*, XVIII, 1923, p. 692.

— Gommes syphilitiques lipomateuses, résorption complète de la lipomatose péri-gommeuse. *Ann. des mal. vén.*, 1925, p. 349.

Gritti (P.). — Syphilitic manifestations of nose and pharynx simulating lupus; clinical and experimental study. *Arch. Ital. di Otol.*, n° 44, p. 422-430, juin 1933.

Guibaud (M.). — Encore un cas de diagnostic par le stomatologiste d'une syphilis tertiaire ignorée. *Rev. de stomatol.*, Paris, 1914, XXI, p. 233-235.

Hasselmann (C.-M.). — Ulcer of leg; its localization as point of differential diagnosis in syphilis and yaws endemic countries. *Arch. Derm. et Syph.*, n° 28, p. 44-52, juin 1933.

Hayward. — Differenciation of syphilitic lesions from other ulcerative processes. *Med. Klin.*, n° 26, p. 592-594, 17 avril 1930.

Hudelo et Rabut. — Lupus vulgaire et syphilis. — *Paris médical*, 1, p. 212-217, 2 mars 1929.

Husson (G.). — Des éléments symptomatiques établissant le diagnostic entre le lupus, la syphilis et le cancer de la face. Thèse Paris, 1899.

Petit (Jean-Louis). — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Ouvrage posthume mis à jour et publié par M. Cesne. Librairie Méquignon, à Paris, 1774, t. III, chap. XII, p. 127.

Joulia, David-Chaussé (R.) et Le Coulant. — Quatre cas de syphilis tertiaire méconnus. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 44, p. 690, oct. 1928.

Lacassagne et J. Rousset. — Syphilis tertiaire de l'urètre. *Paris médical*, n° 9, p. 202-205, 4 mars 1933.

Lacommère. — La sporotrichose, en particulier dans la région bordelaise. Thèse Bordeaux, 1921.

Laplane. — Sarcoïde hypodermique de la jambe guérie par le néo. *Bull. Soc. dermat.*, 10 févr. 1921.

Le Dentu. — Sur un cas de tumeur syphilitique de la jambe prise pour un sarcome. Guérison par le traitement spécifique. Congrès de chirurgie, 1889.

Léger (M.). — Importance du diagnostic de syphilis ou de tuberculose chez les lépreux. *Bull. de la Soc. path. exot.*, n° 21, p. 741-743, 1928.

Leloir. — Thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses. Paris, 1891.

Lépine (P.). — A propos du cycle évolutif du virus syphilitique; le tréponème pâle est-il virulent? *Presse médicale*, n° 66, 19 août 1931.

Leredde. — Syphilis et tuberculides; essai de médecine étiologique. Soc. de dermatol., nov. 1923.

Léwin (Chava). — La syphilis ignorée. Thèse Paris, 1897.

Longin (Ad.-L.). — Les hybrides de syphilis et de lupus. Thèse Paris, 1905.

Lortat-Jacob. — Syphilis gommeuses post-traumatiques après une injection sous-cutanée de caféine. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syph.*, n° 33, p. 689, 9 déc. 1926.

Louste et Golé. — Gomme de la jambe incisée chirurgicalement; vaste ulcère gommeux consécutif. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, n° 40, p. 1427.

Louste, Lévy-Franckel et Cailliau. — Tuberculose cutanée de la face à type de syphilome en nappe. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, n° 38, p. 1148.

Lubet-Barbon. — Syphilis tertiaire du nez. *Rev. de laryng.*, 16 déc. 1905.

Massia (G.) et Lebeuf (F.). — Gommes syphilitiques multiples sporotrichoïdes, R. D. Lyon, p. 31, *Bull. Soc. franç. de derm. et syph.*, n° 39, 1932.

Massia (G.) et Pillon. — Le traitement anti-syphilitique d'épreuve. *Journ. de méd. de Lyon*, p. 303, 1925.

Massione (G.). — Gomme du pharynx méconnue dans un cas de syphilis tertiaire. *Arch. Ital. di Laring.*, n° 48, p. 101-107, 1928.

Mauriac (L.-P.). — Le séro-diagnostic de la syphilis. Thèse Bordeaux, 1909.

Milian (G.). — Syphilis découverte par une réaction de B.-W. inattendue. *Journ. de méd. et chir. prat.*, n° 104, p. 457-461.

— Diagnostic clinique des gommes (syphilis, tuberculose et sporotrichose). *Progrès médical*, 16 mai 1908, p. 236.

Morrelle (A.). — Syphilis tertiaire méconnue. *Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, 1898, t. V, p. 37-41.

Muratet. — Anatomie pathologique des lésions syphilitiques. Notes recueillies au cours des travaux pratiques.

Nicolas, Massia et Péturaud. — Les sarcoïdes syphilitiques. *Journ. de méd. de Lyon*, n° 321, p. 295, 20 mai 1933.

Nicolas, Massia et Weigert. — Deux cas de lèpre. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, n° 38, p. 124, 1931.

Nicolas et Favre. — Les pseudo-sarcomes syphilitiques. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 12 janv. 1912.

Nicolas, Massia et Rousset. — Lésion syphilitique ganglionnaire à type de sarcome chez un malade amputé vingt-cinq ans auparavant pour un sarcome du fémur. R. D. Lyon, 21 mars 1929, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, n° 36, p. 33.

Nicolas et Favre. — Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 19 mars 1907; *Lyon méd.*, 16 juin 1907, p. 1146; *Ann. des mal. vén.*, juin 1907, p. 402-446.

— Cellule géante et follicule syphilitique dans les syphilides tertiaires cutanées et muqueuses. Ces formations histologiques permettent-elles de distinguer avec certitude la tuberculose de la syphilis. *Prov. méd.*, 21 déc. 1907.

Pautrier (L.-M.). — Vaste syphilis du membre inférieur et de la joue évoluant depuis quatre ans et simulant une tuberculose ulcéro-gommeuse et un « lupus tumidus ». *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, R. D. Strasbourg, n° 39, p. 1547-1552, déc. 1932.

— Syphilis tertiaire de la paume de la main évoluant sur place depuis cinq ans. *Presse médicale*, 1er févr. 1930, n° 10.

— Sarcoïdes et syphilis. Nécessité de révision du groupe des sarcoïdes. *Ann. de dermat.*, 1914.

Petges (G.), Joulia et Ragot. — Syphilis tertiaire ancienne à forme lente scléro-gommeuse méconnue. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1921-1922, p. 471-473.

Petges (G.) et Bergonié. — Syphilis osseuse méconnue, diagnostic par la radiologie; syphilis pulmonaire à forme pseudo-

tuberculeuse. Guérison. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1922, n° 23, p. 26-30.

Petges (G.), Petges (A.) et Lévy (J.). — Syphilis tertiaire à localisations multiples. Soc. anat.-clin. de Bordeaux, séance 8 mai 1933, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 juill. 1933, n° 19.

Petges (G.), Petges (A.) et Baumont. — Syphilides ulcéro-gommeuses secondo-tertiaires et ostéo-périostites syphilitiques. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, séance 2 juin 1932.

Pinsan (J.-R.). — Gommes syphilitiques du quadriceps prises pour un sarcome et diagnostiquées par l'examen histologique *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, séance du 10 mai 1933, n° 17.

Proby (H.). — Les formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis du larynx. *Ann. d'oto-laryng.*, oct. 1933, p. 1195-1200.

Ravaut. — L'action du néosalvarsan et la réaction de Wassermann chez des malades atteints de tuberculides diverses. *Ann. de dermat.*, 1913, p. 470.

Rendu (Robert). — Observations de syphilis lupoïde du voile du palais. *Arch. internat. de laryng.*, p. 1254, déc. 1930.

Roederer et Diss. — Sarcoïdes hypodermiques guéries par le novar. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, R. S., 15 janv. 1928.

Sabrazès (J.). — Diagnostic de la syphilis par un procédé simplifié de déviation du complément. Vigot, édit., Paris, 1910.

— Coloration simple et rapide du spirochète de la syphilis dans les frottis. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1926, XLVII, p. 216.

Saint-Cyr. — Hybrides de la syphilis et de la tuberculose. Thèse Bordeaux, 1932.

Schönfeld. — Causes d'erreurs dans les recherches et le diagnostic de la syphilis; moyen de les éviter. *Méd. Klin.*, n° 47, p. 1572-1573, 17 nov. 1933.

Seguy (M.-J.). — Recherches sur les syphilides papulo-squameuses simulant la psoriasis vulgaire. Thèse Bordeaux, 1886.

Sergent. — Les éléments de diagnostic de la tuberculose chez les syphilitiques. *Bull. méd.*, 16 avril 1913, p. 351.

— Technique clinique médicale et séméiologie élémentaires. Maloine, édit., Paris, 1922.

Sézary. — Psoriasis simulant des syphilides. *Prat. méd. franç.*, n° 8, p. 387-390, sept. (A. B.) 1929.

Sézary. — La valeur du traitement d'épreuve pour le diagnostic de la syphilis. *Presse médicale*, n° 33, p. 679, 26 avril 1933.

Sézary et Lévy (G.). — La valeur comparée des séro-réactions syphilitiques usuelles. *Presse médicale*, n° 27, 4 avril 1934.

Spillmann (L.). — Lupus phagédénique de la face et ulcérations syphiloïdes du bras. Action favorable de la médication arsénicale. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, n° 33, p. 67.

Thompson (L.). — Unsuspected Syphilis. *New York Med. Journ.*, 1923, CXVIII, p. 277 à 281.

Touraine et Renault. — Syphilis se manifestant par un cancer. *Presse médicale*, n° 97, 1933, p. 1970.

Touraine et Ribadeau-Dumas. — La mammite syphilitique. *Journ. de méd. et chir. prat.*, t. CIV, 10 juill. 1933, p. 470.

Tournier (A.). — Essai sur les labialites tertiaires. Thèse Paris, 1887.

Yvaren. — Des métamorphoses de la syphilis, Paris, 1854.

Weill (G.). — Syphilis tertiaire généralisée. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, R. D. Nancy, n° 33, p. 441, 26 mai 1926.

Weiss-Fidel et Rosenthal. — Sporotrichose verruqueuse et gommeuse disséminée. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, n° 38, p. 349, 1931.

18.783. — Bordeaux, Imprimerie-Librairie de l'Université, 6, pl. St-Christoly. — 1934.